

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Cochez la case appropriée.

- Accident sans perte de temps** (Visite médicale et aucun un arrêt de travail au-delà du jour de l'évènement)
 Accident avec perte de temps (Visite médicale entraînant un arrêt de travail au-delà du jour de l'évènement)

BLOC I - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ (À compléter par l'employé)

Nom :	Prénom :	Matricule :
Adresse :		
Téléphone :	Date de naissance :	
Titre d'emploi :		Année Mois Jour

DÉCLARATION DE L'ACCIDENT OU DE L'INCIDENT

Date :	Jour :	Heure :
Année Mois Jour		
Lieu précis de l'évènement :		Établissement :
Tâche exécutée au moment de l'accident :		
Horaire de travail complété : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Sinon, heure de l'arrêt de travail :		
Supérieur immédiat ou son représentant avisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :		Fonction :
Quand cette personne a-t-elle été avisée ?		Date : Heure :
		Année Mois Jour

DESCRIPTION – VERSION DE L'EMPLOYÉ

Témoin(s) lors de l'évènement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom : Fonction :
Nom : Fonction :
Description de la lésion (blessure ou partie du corps touchée) :
Nature des premiers soins :
Nom du secouriste :

Que suggérez-vous pour qu'un événement semblable ne se reproduise pas ?

Je confirme que les renseignements fournis sont complets, véridiques et conformes à ce qui s'est produit.

Signature de l'employé	Date
	Année Mois Jour

BLOC II - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (À compléter par le supérieur immédiat)

Établissement :	# Établissement :
-----------------	-------------------

DESCRIPTION DES MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES

Avez-vous visité le lieu de l'évènement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, quand ?		
Avez-vous rencontré l'employé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, quand ?		
Description des mesures correctives effectuées :			
J'effectuerai une enquête approfondie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, un rapport suivra.			
J'aurai des commentaires à formuler ultérieurement : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
			Année Mois Jour



INSTRUCTIONS

Cadre administratif

Le présent formulaire est utilisé pour déclarer un accident du travail ou un incident. Cet événement peut occasionner un arrêt de travail ou non incluant la maladie professionnelle.

Bloc I – à compléter par l'employé :

- Lorsque survient un accident du travail ou un incident, l'employé doit remplir et signer le bloc I du présent formulaire, puis il le remet à son supérieur.

Bloc II – à compléter par le supérieur immédiat :

- Le supérieur immédiat rempli et signe le bloc 2 du présent formulaire, puis, il le transmet sans délai au secteur SST à l'adresse courriel suivante : sst@csmg.qc.ca

Accident du travail sans perte de temps

Il s'agit d'un accident du travail qui n'entraîne pas d'absence du travail au-delà de la journée de l'événement.

Accident du travail avec perte de temps

Il s'agit d'un accident du travail qui entraîne un arrêt de travail prescrit par un médecin sur une attestation médicale CNESST, et ce, au-delà du jour de l'accident.

Procédures à suivre lors de la déclaration d'un accident du travail ou d'un incident

1. Déclaration d'un événement survenu au travail

- a) Dès que survient un accident du travail ou un incident, l'employé doit le signaler sans délai à son supérieur immédiat, ou à défaut à un représentant de l'employeur, et ce, avant de quitter les lieux de l'établissement.
- b) Lorsque survient un accident du travail ou un incident, l'employé remplit le bloc I du présent formulaire et signe ce dernier. Il le remet sans délai à son supérieur immédiat. Il collabore à la cueillette des informations et à l'analyse dudit événement, et ce, en tout temps.
- c) Le bloc II du formulaire doit être rempli et signé par le supérieur immédiat. Le formulaire doit être acheminé sans délai au Secteur SST à l'adresse courriel suivante : sst@csmg.qc.ca

2. Assistance médicale

S'il y a blessure nécessitant que l'employé s'absente de son travail pour une consultation médicale, il doit en aviser au préalable son supérieur immédiat ou son représentant.

3. Enquête et analyse de l'accident du travail

L'employé victime d'un accident du travail doit fournir les renseignements nécessaires au supérieur, aux gestionnaires ou au secteur SST afin de réaliser l'enquête et l'analyse de l'accident. Celles-ci visent principalement à identifier les causes de cet événement et d'en prévenir la répétition.

4. Mesures correctives et préventives

L'identification des mesures correctives et/ou préventives par le supérieur immédiat vise à maintenir un environnement de travail sécuritaire et à s'assurer que les actions à entreprendre sont faites afin d'éviter la répétition d'un tel événement.

5. Attestation médicale et formulaires de la CNESST

- a) Dans le cas d'un accident du travail l'employé est responsable de remettre au secteur SST, une copie de l'attestation médicale émise par son médecin traitant que le formulaire de déclaration d'événement dûment complété. Ces deux documents sont essentiels pour le versement des indemnités prévues à cet effet.
- b) L'employé victime d'un accident du travail doit collaborer aux évaluations médicales ou expertises exigées par l'employeur lorsque celui-ci en fait la demande.

Cadre légal

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Définition (article 2)

- a) L'accident du travail est un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.
- b) La maladie professionnelle est une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail.

Attestation médicale (article 267)

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui le rend incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée de laquelle s'est manifestée sa lésion doit remettre à son employeur l'attestation médicale prévue à l'article 199.

Assignment temporaire (article 179)

L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut assigner temporairement un travail à ce dernier en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi (ou convenable), même si la lésion n'est pas consolidée si le médecin qui a charge du travailleur croit que : le travailleur est raisonnablement en mesure d'accomplir ce travail et que ce travail ne comporte pas de danger pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion et que ce travail est favorable à la réadaptation du travailleur.