



Formulaire

Enquête et analyse d'accident

Ce formulaire a été élaboré à partir de sources reconnues comme fiables et crédibles, l'ASP imprimerie, ses administrateurs et son personnel n'assument aucune responsabilité des conséquences de toute décision prise conformément à l'information contenue dans le présent document, ou de toute erreur ou omission.

Production

Association paritaire de santé et de sécurité du travail,
secteur imprimerie et activités connexes
7450, boul. des Galeries-d'Anjou, bureau 450
Anjou (Québec) H1M 3M3
Téléphone : 514 355-8282
Télécopieur : 514 355-6818

CA-20010215 / REV20100209

Date du rapport d'accident _____ référence _____

Enquête menée par _____ téléphone _____

Renseignements sur l'accidenté		Renseignements sur l'accident	
Nom		Département ou lieu de l'évènement	
Date de naissance j/m/a		Date de l'accident j/m/a	
Statut	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> temporaire	Heure de l'accident	
Nombre d'années d'expérience		Fonction au moment de l'accident	
Occupation		Description de la blessure ou du dommage matériel	
Nature de l'accident			
<input type="checkbox"/> accident avec blessure <input type="checkbox"/> premiers soins <input type="checkbox"/> évaluation médicale <input type="checkbox"/> blessure grave <input type="checkbox"/> accident sans blessure <input type="checkbox"/> accident sans blessure ni dommage matériel (passé proche)			

Description de l'évènement (Qu'est-ce qui est arrivé? Quand? Qui? Quoi? Où? Comment?)

Nom du ou des témoins

Identification des causes (Pourquoi est-ce arrivé?)

Conditions équipement matériel environnement

Individus tâche inhabituelle méthode de travail

Organisation du travail formation communication supervision cadence



Mesures correctives et préventives			Suivi	
Activités à réaliser	Responsable	Échéance j/m/a	Complété par le superviseur j/m/a	Vérfié par le comité SST j/m/a
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Complété par

Signature du représentant de l'employeur

Signature du représentant des travailleurs

Commentaires de la direction

Nom : _____ Date : _____
Titre : _____

Signature _____

Circulation du rapport directeur de production superviseur

ressources humaines

entretien

comité SST