



Rapport d'incident ou d'accident – HS1

Formulaire à remplir par le travailleur **immédiatement** à la suite d'un incident ou d'un accident et par le supérieur immédiat ci-dessous

Identification du travailleur

Nom	Prénom	Matricule
École ou service	Poste occupé	Numéro de téléphone du travailleur

➔ RETRAIT DU TRAVAIL : OUI NON ←

Renseignements sur l'incident/l'accident (section à remplir par le travailleur)

Date de l'événement (aaaa/mm/jj)	<input type="text"/>	Heure de l'événement (hh/mm) Avant-midi <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lieu de l'événement :			
Quelle partie du corps a été atteinte?	<i>Préciser Gauche, Droit, Centre, le cas échéant</i> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Centre <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/>		
Décrire en détail comment la blessure/l'événement est survenu (utiliser le verso au besoin) :			
Y a-t-il des témoins? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom des témoins, le cas échéant (à l'exception des élèves) :		
Signature du travailleur	<input checked="" type="checkbox"/>	Date : (aaaa/mm/jj)	<input type="text"/>

Renseignements fournis par l'école/le service (section à remplir par le supérieur immédiat)

Quand et à qui le travailleur a-t-il signalé l'événement?	Date ((aaaa/mm/jj) :	Nom :
Circonstances de l'accident - cause de l'accident (utiliser le verso au besoin) :		
Nature de la blessure (préciser Gauche, Droit, Centre, le cas échéant) :		
Les premiers secours ont-ils été prodigués au travailleur?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom du secouriste :
Décrire les premiers secours dispensés au travailleur (le cas échéant) :		
Le travailleur a-t-il consulté un médecin (hôpital, clinique ou cabinet de médecin) le jour de l'événement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le formulaire HS3 a-t-il été remis au travailleur : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Signature du supérieur (ou remplaçant)	<input checked="" type="checkbox"/>	Date (aaaa/mm/jj) :