

### Rapport d'enquête d'accident

Nom de famille du travailleur/de la travailleuse blessé(e)			Prénom		Profession			
Lieu où la blessure ou l'accident s'est produit(e)					Fournisseur de premiers soins			
Hôpital ou clinique où des soins ont été dispensés					Nom du médecin traitant			
Nature de la blessure					Lieu du projet où l'accident ou la blessure s'est produit(e)			
Personne qui a transporté l'employé(e)								
S'agit-il d'un accident avec arrêt de travail?			Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	La blessure est-elle liée au travail?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Y a-t-il eu des sous-traitants impliqués?			Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le ministère du Travail a-t-il été appelé <sup>1</sup> ?		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>Détails sur la blessure</b>								
Date et heure de la blessure					Date et heure de signalement de l'accident à l'employeur			
Jour	Mois	Année	Heure		Jour	Mois	Année	Heure
				Avant-midi. Après-midi				Avant-midi. Après-midi
Date et heure de la dernière journée de travail					Heures de travail normales			
Jour	Mois	Année	Heure		de		à	
				Avant-midi. Après-midi		Avant-midi. Après-midi		Avant-midi. Après-midi
À qui la blessure a-t-elle été signalée?								
Qu'est-ce qui a causé la blessure? Décrire la blessure, la partie du corps touchée et préciser le côté gauche ou droit (utiliser le verso de la feuille si nécessaire).								



