



Signalement

Accident du travail, maladie professionnelle, incident (sans conséquence), accident de véhicule(s), situations dangereuses

Veillez remplir les sections obligatoires (*) et transmettre dans les 48 heures suivant la date de déclaration de l'événement par l'employé(e).

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------|--|---------|--|---|--|---------|--|-------------------------------------|--|
| Numéro de l'unité structurelle | | Nom de l'unité structurelle | | | | | | | | | | | |
| Date de l'événement* AAAA-MM-JJ | | HH : MM | | Événement déclaré le* AAAA-MM-JJ | | HH : MM | | Date d'abandon du travail AAAA-MM-JJ | | HH : MM | | Lieu ou adresse de l'événement* | |
| Matricule* | | Nom, prénom de l'employée ou de l'employé* | | | | | | Titre d'emploi | | | | Années d'expérience au poste actuel | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| Conséquences de l'événement | | | | Accident de véhicule(s) | | | |
| <div>Est-ce que votre employé(e) est absent (e)*? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</div> <div>A-t-il ou va-t-il consulter un médecin* ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</div> <div>Avez-vous proposé de l'assignation temporaire* ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</div> <div>Est-ce qu'il y a du matériel endommagé* ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</div> <div>Est-ce que l'électricité est impliquée* ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</div> <div>Est-ce qu'un véhicule est impliqué* ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui remplir la section Accident de véhicule(s).)</div> | | | | <div>Type de véhicule</div> <div><input type="checkbox"/> Véhicule Hydro-Québec ➔ Numéro du véhicule HQ : _____</div> <div>Type de véhicule : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Véhicule personnel ➔ Immatriculation : _____</div> <div><input type="checkbox"/> Véhicule loué ➔ Immatriculation : _____</div> | | | |
| <div>Nature des premiers soins dispensés</div> <div><input type="checkbox"/> Pansements/désinfection _____</div> <div><input type="checkbox"/> Autres _____</div> <div>Nom et prénom – Intervenant ou secouriste AAAAA-MM-JJ</div> | | | | Type de rapport d'accident | | Personne(s) blessée(s) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Rapport de police <input type="checkbox"/> Constat amiable | | <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager <input type="checkbox"/> Piéton <input type="checkbox"/> Aucun blessé <input type="checkbox"/> Dans autre(s) véhicule(s) impliqué(s) | |
| | | | | État de la chaussée | | Type de chaussée | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Humide <input type="checkbox"/> Glacée <input type="checkbox"/> Enneigée <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sèche | | <input type="checkbox"/> Gravier <input type="checkbox"/> Béton <input type="checkbox"/> Asphalte <input type="checkbox"/> Autre | |
| | | | | Si autre, spécifiez : | | Si autre, spécifiez : | |

| | | | |
|---|---------------------------------|--|--|
| D'autres personnes ont-elles été blessées lors de cet événement ? | | | |
| <input type="checkbox"/> Entrepreneur | <input type="checkbox"/> Public | <input type="checkbox"/> Autre employé(e) HQ – Indiquez son nom et matricule : | |

| | | | |
|---|------------|---------|-----|
| Visite des lieux | AAAA-MM-JJ | HH : MM | Par |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | |

| |
|---|
| Nature et siège de la lésion ou description du matériel endommagé : |
|---|

| | |
|--|--|
| Description de l'événement* (selon la version de l'employé(e) ou du témoin) | |
| Décrivez la tâche, le lieu précis, l'environnement (climat, visibilité, etc.), le moment ainsi que l'équipement, le matériel ou l'outillage impliqués (précisez le poids, etc.), le mouvement de l'employé(e), le type de lésion (coupure, brûlure, fracture, etc.) et la partie du corps touchée en spécifiant à gauche ou à droite (dos, jambe, etc.). | |
| <input type="checkbox"/> ÉVÉNEMENT ÉLECTRIQUE | Niveau de tension : <input type="checkbox"/> Induction <input type="checkbox"/> 0-750 V <input type="checkbox"/> 751 V-44k V <input type="checkbox"/> +44-160 kV <input type="checkbox"/> +160-315 kV <input type="checkbox"/> +315-735 kV |

| |
|---------------------------------|
| Mesures correctives immédiates* |
| |