



1. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom, prénom :

Fonction au moment de l'accident :

2. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

Date de l'accident (aaaa-mm-jj) :

Heure de l'accident (hh :mm) :

AM ou PM :

Type de blessure :

Partie(s) du corps blessée(s) + gauche ou droite? :

Lieu **précis** de l'accident :

Témoins : Oui Non

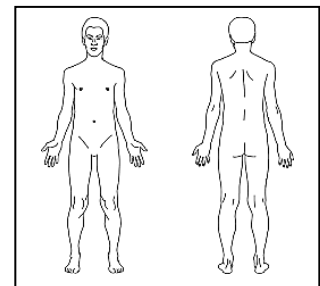
1- _____ 2- _____

Accident avec perte de temps (absent plus longtemps que la journée courante) : Oui Non

Consultation médicale : Oui Non

Y a-t-il eu un transport par : Ambulance Collègue/supérieur Taxi

L'accidenté doit expliquer clairement la situation pour que les membres du comité de santé et de sécurité puissent bien comprendre ce qui s'est passé afin de contribuer à identifier des solutions pour que ce type d'accident ne survienne plus. Il est suggéré d'utiliser l'acronyme « **MÉLITO** » (consistant à décrire le: **M**oment, l'**É**quipement utilisé, le **L**ieu (ex : état, éclairage, température), l'**I**ndividu, la **T**âche effectuée (ex : méthode, gestes) et l'**O**rganisation (ex : directives ou procédures applicables)).



Partie(s) du corps blessée(s)

Visite des lieux par un représentant de l'employeur : Oui Non

Par : _____



Formulaire

Déclaration d'accident du travail

3. PREMIERS SOINS/SECOURS (* à ne pas négliger – les secouristes ont été formés *)

 Oui Non

Donnés par (nom, prénom, fonction) :

Description des premiers secours :

4. MESURE(S) CORRECTIVE(S) (solution) SUGGÉRÉE(S) PAR L'ACCIDENTÉ :

5. MESURE(S) CORRECTIVE(S) (solution) SUGGÉRÉE(S) PAR LE REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR :

6. DOCUMENTS JOINTS À LA PRÉSENTE DÉCLARATION (ceci est utile pour votre CSS)

 croquis/dessin photo(s) autre _____

7. SIGNATAIRES

Nom du représentant de l'employeur:	Signature :	Date (aaaa-mm-jj) :
Nom du travailleur accidenté :	Signature :	Date (aaaa-mm-jj) :
Nom du/des témoin(s) (s'il y a lieu) :	Signature du témoin #1 :	Date (aaaa-mm-jj) :
	Signature du témoin #2 :	Date (aaaa-mm-jj) :

À noter que toute déclaration d'accident **doit** être faite en remplissant ce formulaire et en le transmettant sans délai par le représentant de l'employeur (supérieur immédiat) au directeur du Service, lequel devient alors responsable de la transmission par courriel du formulaire à : jlapointe@vss.ca et, selon le cas, à :

- vss-groupe-csstp@vss.ca (pour les bâtiments des travaux publics) ou ;
- vss-groupe-csscpvhv@vss.ca (pour l'hôtel de ville ou le Chalet Pauline-Vanier) ou ;
- vss-groupe-cssspsi@vss.ca (pour la caserne).