

Effacer les champs

## Renseignements sur l'incident

Date de l'incident : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)      Heure : \_\_\_\_\_  AM  PM

Adresse de la situation : \_\_\_\_\_

Lieu de l'incident : \_\_\_\_\_

### Type d'incident :

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Accident évité de justesse                                   | <input type="checkbox"/> | Incident impliquant un véhicule automobile | <input type="checkbox"/> |
| Glissement/trébuchement                                      | <input type="checkbox"/> | Premiers soins seulement                   | <input type="checkbox"/> |
| trébuchement   | <input type="checkbox"/> | Décès                                      | <input type="checkbox"/> |
| Collision/accrochage   | <input type="checkbox"/> | Autre (précisez) :                         | <input type="checkbox"/> |
| Déversement de substances nocives/atteinte à l'environnement | <input type="checkbox"/> | _____                                      |                          |

L'incident a-t-il été déclaré immédiatement?    Oui  Non     Si ce n'est pas le cas, quand/comment l'a-t-il été? \_\_\_\_\_

**Conditions météorologiques :**

Dégagé	<input type="checkbox"/>	Pluie	<input type="checkbox"/>	Grêle/pluie verglaçante	<input type="checkbox"/>
Partiellement ensoleillé	<input type="checkbox"/>	Orages	<input type="checkbox"/>	Neige	<input type="checkbox"/>
Nuageux	<input type="checkbox"/>	Brouillard	<input type="checkbox"/>	Venteux	<input type="checkbox"/>

## Renseignements sur les personnes impliquées

Prénom et nom de famille : \_\_\_\_\_

Adulte  Enfant  Homme  Femme     Âge : Date de naissance : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

L'enfant mineur était-il sous la surveillance d'un adulte?    Oui  Non     Si non, pourquoi? \_\_\_\_\_

Adresse domiciliaire : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Au moment de l'incident, où se rendaient les personnes impliquées? \_\_\_\_\_

Avant l'incident, que faisaient les personnes impliquées? \_\_\_\_\_

Pourquoi les personnes impliquées dans l'incident se trouvaient-elles à cet endroit? \_\_\_\_\_

Les personnes impliquées dans l'incident étaient-elles déjà allées à cet endroit? \_\_\_\_\_

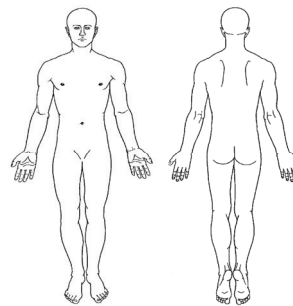
Les personnes impliquées étaient-elles en retard à un rendez-vous? \_\_\_\_\_

## Domage corporel

### Type de blessure

- Brûlures
- Contusions/écrasement
- Commotion cérébrale
- Blessure superficielle
- Foulure/entorse
- Fracture/luxation
- Blessure interne
- Corps étranger
- Autre (précisez)

### Indiquez l'endroit de la blessure



Un traitement d'urgence a-t-il été administré? Oui  Non

La personne blessée a-t-elle été transportée vers un établissement médical? Oui  Non     Si oui, à quel endroit? \_\_\_\_\_

## Dommmage matériel

### Type de dommmage matériel

Incendie/explosion   
Dommages à l'équipement   
Atteinte à l'environnement/déversement   
Dégâts d'eau

### Dommmages non intentionnels causés à des biens

Vol   
Dommages occasionnés par le vent   
Dommages occasionnés aux biens par le choc d'un véhicule

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Description des biens endommagés (âge, condition, emplacement) : \_\_\_\_\_

Prenez des photographies des biens endommagés et annexe-les au rapport d'incident.

## Enquête

À qui l'incident a-t-il été signalé? \_\_\_\_\_

Le lieu de l'incident a-t-il été inspecté immédiatement: Oui  Non

Si oui, à quelle heure? \_\_\_\_\_ AM  PM

Qui a effectué l'enquête? \_\_\_\_\_

Comment avons-nous été informés de l'incident? \_\_\_\_\_

Décrivez l'état des lieux de l'incident (incluant les conditions d'éclairage) : \_\_\_\_\_

Existe-t-il des photographies du lieu de l'incident ou des biens endommagés? Oui  Non

Les tapis de planchers étaient-ils en place: Oui  Non  Si le plancher était glissant ou qu'il existait un élément de danger: Oui  No

Type et état des chaussures portées par la personne (prenez une photo lorsque c'est possible) : \_\_\_\_\_

La personne portait-elle des lunettes? Oui  Non  Si oui, de quel type : \_\_\_\_\_

Avec verres correcteurs? Oui  Non  Se servait-elle d'une canne ou d'un déambulateur? Oui  Non

La personne impliquée dans l'incident prend-elle des médicaments? Oui  Non  Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

D'autres renseignements doivent-ils être annexés au rapport d'enquête?  Oui  Non

## Témoins

1. Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

Remarque : S'il y a d'autres témoins, veuillez annexer les renseignements pertinents.

Noms des employés qui travaillaient sur le lieu de l'incident au moment où celui-ci est survenu (annexe les horaires de travail) : \_\_\_\_\_

## Signatures

Rapport établi par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_(jj/mm/aaaa)

Titre : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Gestionnaire (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_(jj/mm/aaaa)

Titre : \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_