



En cas d'un accident, d'un incident ou d'un malaise, nous vous invitons à remplir dans les plus brefs délais la déclaration suivante.

Une déclaration rapide permettra d'évaluer si des mesures correctives doivent être mises en place pour éviter un nouvel incident.

- La **partie A** doit être remplie par l'employé;
- la **partie B** par le gestionnaire sur place lors de l'événement;
- La **partie C** par un membre de l'équipe santé et mieux être.

Pour toute question, veuillez nous écrire à [santemieuxetre@banq.qc.ca](mailto:santemieuxetre@banq.qc.ca)

## A. Partie à remplir par l'employé

### 1. IDENTIFICATION

Nom :	Prénom :
Fonction/Poste :	Direction/Service :

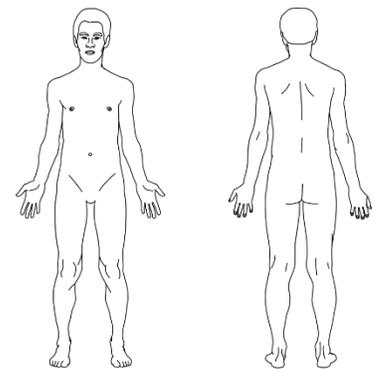
### 2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date :	Heure :
Édifice/Lieu :	Précisez l'emplacement ( <i>section, service, etc.</i> ) :

Type d'événement :  Accident<sup>1</sup>  Incident<sup>2</sup>  Malaise<sup>3</sup>

Description détaillée de l'événement | *Qu'est-il arrivé? À quel moment? À quel endroit? Dans quelles circonstances? Lors de l'exécution de quelle tâche? En manipulant quel équipement? Etc.*

Siège de la lésion (précisez au besoin) :



Nature de la lésion (*Description de la blessure ou du malaise ressenti*) :

Premiers secours sur les lieux :

Oui  Non

Nature des premiers secours (*si applicable*) :

Transport vers l'hôpital

(*ou consultation médicale requise*) :

Oui  Non

<sup>1</sup> **ACCIDENT** : événement imprévu et soudain qui survient par le fait ou à l'occasion du travail et qui entraîne une blessure ou une maladie.

<sup>2</sup> **INCIDENT** : événement qui n'a pas causé de blessure, mais qui aurait pu entraîner des conséquences.

<sup>3</sup> **MALAISE** : état d'inconfort ayant nécessité l'intervention de premiers secours, mais n'ayant pas causé de blessure ou de maladie.



Horaire de travail complété :  Oui  Non

Si l'horaire de travail n'a pu être complété, heure de l'arrêt :

Gestionnaire avisé :  Oui  Non

Nom du gestionnaire avisé :

D'après vous, pourquoi l'événement s'est-il produit? Quelles en sont les causes?

Selon vous, quelles mesures correctives pourraient être mises en place afin d'éviter qu'un tel événement ne se reproduise?

### 3. INTERVENANTS (s'il y a lieu)

Secouriste (nom et prénom) :

Secouriste (nom et prénom) :

Témoin (nom et prénom) :

Témoin (nom et prénom) :

Signature (employé) :

Date :

### Transmission de la déclaration

Lorsque la **partie A** est complétée par l'employé, acheminer une copie par courriel :

- Au gestionnaire sur place lors de l'événement
- Au secteur santé et mieux être ([santemieuxetre@banq.qc.ca](mailto:santemieuxetre@banq.qc.ca))

\*Aucune copie papier n'est nécessaire. L'envoi de ce document fait foi de signature.

## B. Partie à remplir par le gestionnaire

### 4. Analyse préliminaire de l'événement

À quelle date vous a-t-on déclaré l'événement?

L'employé a-t-il fait un retour immédiat au travail?  Oui  Non

Avez-vous effectué une visite des lieux de l'événement?  Oui  Non

Avez-vous remarqué des conditions particulières ou des facteurs ayant contribué à l'événement (*MÉLITO*<sup>4</sup>)?  Oui  Non

*Si oui, précisez :*

L'événement a-t-il occasionné des dommages matériels?  Oui  Non

Selon vous, une enquête et analyse d'accident plus approfondie sera-t-elle nécessaire?  Oui  Non

Commentaires additionnels :

### 5. Mesures correctives

Décrivez les mesures correctives mises en place rapidement suite à l'événement (mesures temporaires, *s'il y a lieu*) :

Énumérez les actions correctives mises en place ou qui seront instaurées (mesures permanentes, *s'il y a lieu*) :

Nom et prénom (*lettres moulées*) :

Titre :

Signature (gestionnaire):

Date :

### Transmission de la déclaration

Lorsque la **partie B** est complétée par le gestionnaire, acheminer une copie par courriel :

- Au secteur santé et mieux être ([santemieuxetre@banq.qc.ca](mailto:santemieuxetre@banq.qc.ca))

*\*Aucune copie papier n'est nécessaire. L'envoi de ce document fait foi de signature.*

<sup>4</sup> **MÉLITO** : Moment (moment du quart, temps supplémentaire, etc.), Équipement (type, usage, état, etc.), Lieu (localisation, éclairage, etc.), Individu (expérience, formation, etc.), Tâche (procédure, méthode, etc.), Organisation (communication, règles, etc.)

## C. Partie à remplir par un membre de l'équipe Santé et mieux-être (SME)

### 6. Vérification et suivis

<b>Revu par (Nom et prénom) :</b>	<b>Date de la révision :</b>
<b>Appel au travailleur :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Date de l'appel :</b>
<b>Réclamation faite à la CNESST :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b># Dossier CNESST (si applicable) :</b>
<b>Notes complémentaires suite à l'appel:</b>	
<b>Enquête approfondie nécessaire (si oui, veuillez compléter le formulaire <i>Enquête et analyse d'accident</i>) :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Date effectuée :</b>
<b>Mesures et/ou actions correctives identifiées :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Précisez :</b>
<b>Mesures correctives complétées :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non-applicable	<b>Commentaires :</b>
<b>Suivis et commentaires additionnels:</b>	
<b>Signature (SME) :</b>	<b>Date :</b>

## En résumé, lors de la survenance d'un accident, d'un incident ou d'un malaise :

En tant qu'**employé**, lorsque vous êtes victime d'un événement:

- ✓ Le plus rapidement possible, assurez-vous de remplir le formulaire Déclaration d'accident, d'incident et de premiers secours.
- ✓ La partie A doit être remplie par vous
- ✓ Une fois la partie A complétée, transmettez le formulaire au gestionnaire sur place lors de l'événement et au département Santé et mieux être

En tant que **gestionnaire** sur place avisé :

- ✓ Assurez-vous de visiter les lieux de l'accident
- ✓ Remplissez la partie B du formulaire complété par l'employé dans les meilleurs délais
- ✓ Une fois la partie A complétée, transmettez le formulaire au département Santé et mieux être

Le rôle du **représentant SME** :

- ✓ Revoir l'événement et les informations reçues
- ✓ Faire un suivi avec l'employé si requis
- ✓ S'assurer des mesures correctives mises en place (si applicables)
- ✓ Confirmer si une enquête plus approfondie est nécessaire et si oui, procéder
- ✓ Conserver les documents et suivis liés à l'événements