

VICTIME D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL ?

Vous êtes entre bonnes mains.
Notre but : accélérer le processus de traitement, voir à votre réhabilitation et faire une analyse préventive de l'événement.

Vous trouverez dans cette enveloppe tous les documents nécessaires pour le suivi constant et régulier de votre accident de travail auprès de votre employeur et de la CSST.

- ✓ Formulaire de déclaration : accident, incident ou situation à risque
- ✓ Document explicatif sur l'importance de l'assignation temporaire
- ✓ Certificat d'assignation temporaire

SUIVEZ CES CONSIGNES !

01	Déclarez tout accident dès que possible à votre supérieur immédiat.
02	Remplissez le Formulaire de déclaration : accident, incident ou situation à risque et remettez-le à votre supérieur.
03	Consultez votre médecin traitant. Ayez en main le formulaire Certificat d'assignation temporaire et remettez-le à votre médecin à chaque visite médicale.
04	Après chaque visite médicale, remettez sans délai tous les documents médicaux et le formulaire d'assignation temporaire remplis et signés par le médecin à votre secrétariat ou au centre administratif à notre intention.
05	Vous devez nous aviser de vos prochains rendez-vous médicaux et de la durée prévue de votre absence.
06	Respectez toutes les recommandations de votre médecin traitant (traitement, prescription, limitations fonctionnelles, etc.)
07	En cas d'arrêt de travail, gardez contact avec nous pour discuter de l'évolution de votre blessure.
08	Si votre accident de travail cause une incapacité à occuper votre emploi pendant plus de 14 jours, vous aurez à remplir le formulaire Réclamation du travailleur . Veuillez nous contacter.
09	Dès qu'un retour au travail est envisagé, vous devez nous informer ainsi que votre supérieur immédiat.

Vous pouvez vous procurer le formulaire de déclaration d'accident à votre secrétariat ou sur l'Intranet de la CSPN dans la section formulaires et documents administratifs, sous «Ressources humaines», Documents administratifs Prévention, SST et invalidité - *Formulaire de déclaration : accident, incident ou situation à risque*.

Vous avez des questions ? N'hésitez pas à communiquer avec nous.

Marianne Giroux,
Conseillère en gestion de personnel
Service des ressources humaines
819 623-4114, poste 5463
invalidite@cspn.qc.ca

Secrétaire
Service des ressources humaines
819 623-4114, poste 5437
invalidite@cspn.qc.ca



Réservé à la secrétaire ou à la direction :

- Sans perte de temps (pas d'absence au-delà de la journée)
 Avec perte de temps (arrêt de travail recommandé par un médecin)
 L'employé a quitté avec un formulaire d'assignation temporaire

SECTION 1 POUR IDENTIFICATION

SECTION 2 CASES À COCHER POUR DÉTAILLER

SECTION 3 POUR LE DESCRIPTIF DE L'ÉVÉNEMENT

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DU FORMULAIRE ET REMETTRE AU SECRÉTARIAT OU AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

FORMULAIRE DE DÉCLARATION : ACCIDENT, INCIDENT OU SITUATION À RISQUE	
SECTION 1 : IDENTIFICATION	
Nom et prénom :	Âge :
Emploi occupé :	Établissement :
Date événement :	Heure :
	Lieu :
Personne(s) impliquée(s) dans l'événement, s'il y a lieu:	
Élève <input type="checkbox"/>	Parent <input type="checkbox"/>
Visiteur <input type="checkbox"/>	Employé <input type="checkbox"/>
Nom de la personne impliquée :	
Sexe : F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
	Âge : _____
Témoins:	
Soins médicaux <input type="checkbox"/>	Ambulance <input type="checkbox"/>
Police <input type="checkbox"/>	Intervenant <input type="checkbox"/>
SECTION 2 : NATURE DE L'ÉVÉNEMENT	
AGENT CAUSAL:	
Poussière <input type="checkbox"/>	Odeur <input type="checkbox"/>
Arbre dangereux <input type="checkbox"/>	Élève désorganisé <input type="checkbox"/>
Ergonomie <input type="checkbox"/>	Infiltration/dégât d'eau <input type="checkbox"/>
Agression <input type="checkbox"/>	Chute, glissade <input type="checkbox"/>
Faux mouvement <input type="checkbox"/>	Machine, outils <input type="checkbox"/>
Intervention physique <input type="checkbox"/>	Effort excessif <input type="checkbox"/>
Jeux, sport <input type="checkbox"/>	Produit chimique <input type="checkbox"/>
(contention) <input type="checkbox"/>	Collision mobilier/objet <input type="checkbox"/>
Mouvement répétitif <input type="checkbox"/>	Véhicule <input type="checkbox"/>
Violence verbale <input type="checkbox"/>	Corps étranger <input type="checkbox"/>
Stress <input type="checkbox"/>	Violence écrite (ex. médias sociaux) <input type="checkbox"/>
	Autre: _____
Si requis partie(s) du corps touchée(s)	
Précisez le côté affecté :	
Gauche <input type="checkbox"/>	Droit <input type="checkbox"/>
Tête <input type="checkbox"/>	Œil <input type="checkbox"/>
Cou <input type="checkbox"/>	Épaule <input type="checkbox"/>
Bras/avant-bras <input type="checkbox"/>	Coude/poignet <input type="checkbox"/>
Dos <input type="checkbox"/>	Hanche <input type="checkbox"/>
Cuisse <input type="checkbox"/>	Jambe <input type="checkbox"/>
Pieds/orteils <input type="checkbox"/>	Mains/doigts <input type="checkbox"/>
SECTION 3 : DESCRIPTION DE L'ACCIDENT, DE L'INCIDENT, DE LA SITUATION À RISQUE OU DU DOMMAGE MATÉRIEL	
Dans les situations impliquant une mesure de contention d'un élève ou une agression de la part d'un élève, Veuillez compléter les informations dans le logiciel de plaintes (violence/Intimidation).	
Si dommage matériel, estimation des coûts \$: _____	
Avez-vous des suggestions afin d'éviter qu'un événement semblable survienne dans le futur?	
Date de la déclaration au supérieur immédiat :	Heure de la déclaration :
Signature de l'employé :	Date :
SECTION 4 : RÉSERVÉ AU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT	
Date de la réception du formulaire par l'employé : _____	
Avez-vous rencontré l'employé? Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, quand? _____	
Quelles sont les mesures correctives immédiates qui ont été prises suite à l'événement ?	
Y a-t-il des mesures correctives ultérieures à prendre suite à l'événement ?	
Nom du supérieur immédiat:	
Signature :	Date :