

Description de l'enquête

Perte de temps au-delà de la journée travaillée : Oui Non

Premiers soins : Oui Non
 Lesquels ? (précisez) : _____

Est-ce que cet événement accidentel a déjà fait l'objet d'une déclaration de situation dangereuse ou s'est déjà produit auparavant? Oui Non

Si vous avez répondu Oui, une enquête approfondie doit être faite : Enquête approfondie faite : Oui Non

Précisez les actions immédiates entreprises par la personne en responsabilité :

Analyse de l'événement

Identifiez, selon vous, le ou les événements qui expliquent la survenance de l'accident (agents causals)

Tâche	Équipement et matériel	Environnement et lieu
<input type="checkbox"/> Cadence de travail <input type="checkbox"/> Geste dangereux <input type="checkbox"/> Consignes et instructions non suivies <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail <input type="checkbox"/> Inobservance des procédures et des règles de sécurité <input type="checkbox"/> Mobilisation de l'usager <input type="checkbox"/> Usager agressif ou défensif (Numéro dossier usager) _____ <input type="checkbox"/> Usager confus <input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> ÉPI ¹ inadéquat ou absent <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente <input type="checkbox"/> Fiche signalétique non disponible <input type="checkbox"/> Équipement inadéquat ou non ergonomique <input type="checkbox"/> Équipement défectueux <input type="checkbox"/> Manque d'équipement <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou inadéquat <input type="checkbox"/> Matière toxique, inflammable ou corrosive <input type="checkbox"/> Équipement à risque élevé <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes impropres <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques <input type="checkbox"/> Mauvais entreposage <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propreté <input type="checkbox"/> Inégalité du sol <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate <input type="checkbox"/> Autres précisez : _____

Organisation	Individu
<input type="checkbox"/> Diffusion inadéquate des consignes et mauvaise communication <input type="checkbox"/> Formation ou entraînement insuffisant <input type="checkbox"/> Procédures/règles inadéquates ou inexistantes <input type="checkbox"/> Supervision ou contrôle inadéquat <input type="checkbox"/> Achat non approprié, non adéquat <input type="checkbox"/> Affectation inadéquate <input type="checkbox"/> Mauvaise conception <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail <input type="checkbox"/> Insuffisance de l'entretien <input type="checkbox"/> Inspection déficiente <input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâches <input type="checkbox"/> Méthode de travail déficiente <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Habileté insuffisante <input type="checkbox"/> Condition physique <input type="checkbox"/> Connaissances insuffisantes <input type="checkbox"/> Comportement inadéquat <input type="checkbox"/> Geste inadéquat ou dangereux <input type="checkbox"/> ÉPI ¹ inutilisé <input type="checkbox"/> Inexpérience <input type="checkbox"/> Attitude désintéressée <input type="checkbox"/> Inadvertance <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____

Note : 1-ÉPI : Équipement de protection individuelle

Recommandations préventives et mesures correctives

Mesures suggérées	Mesures prises (numéro de requête, s'il a lieu)

Identification du gestionnaire ayant effectué l'enquête et l'analyse

En lettres moulées				JJ/MM/AAAA
	Nom	Prénom	Signature	Date