



# Mutuelles de Prévention ACQ

## Formulaire – Rapport d’enquête d’un événement accidentel (F5)

### ARTICLE 62

L'employeur doit communiquer avec la CNESST par le moyen de communication le plus rapide et dans les 24 heures, selon le cas :

- Décès d'un travailleur
- Pour un travailleur, perte total ou partielle d'un membre ou de son usage ou un traumatisme physique important
- Des blessures telles à plusieurs travailleurs qu'ils ne pourront pas accomplir leurs fonctions pendant un jour ouvrable
- Des dommages matériels de 150 000 \$ et plus

Cette communication auprès de la CNESST était-elle requise ? Oui  Non

Si oui, à quelle date cette communication a-t-elle été effectuée (années/mois/jour) ? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom du chantier ou du département : \_\_\_\_\_

### EMPLOYÉ (E)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° d'employé (e) : \_\_\_\_\_

Poste ou fonction : \_\_\_\_\_ Temps régulier  Autre

Assignment temporaire : Oui  Non

Si **oui**, joindre à votre envoi une copie du rapport signé par le médecin traitant Copie jointe  Copie suivra

### ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

#### Événement accidentel

Type de travail exercé au moment de l'événement :

Potentiel de gravité de l'événement :

Élevé  Moyen  Mineur

Visite des lieux effectuée ? Oui  Non

Date de la visite (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Ci-joint : Croquis  Photo(s)  Autre(s)  \_\_\_\_\_

Dommages matériels : Oui  Non

#### À compléter s'il y a blessure

Le travailleur a-t-il subi une blessure ? Oui  Non

Le programme de prévention était-il respecté ? Oui  Non

Événement causé totalement ou partiellement par une personne étrangère à l'entreprise ou une condition imprévisible ? Oui  Non

### Description de la blessure

### Description sommaire de l'événement accidentel

(préciser notamment le lieu, l'activité exercée, la relation avec le travail confié l'événement imprévu qui a déclenché l'événement accidentel et, le cas échéant, l'agent causal de la lésion)

### Qu'est-ce qui pourrait être fait pour éviter un accident semblable

(Ces mesures seront, le cas échéant, complétées par d'autres mesures de correction et de prévention issues de l'enquête d'analyse)

**Personnes ayant fourni un témoignage** en rapport avec cet accident. Indiquez s'il s'agit de témoins oculaires (o) ou de toute autres personnes ayant contribué (c) à l'enquête. Annexer, au besoin, une liste complète des témoins ainsi que, le cas échéant, leur déclaration respective.

\_\_\_\_\_ O  C  \_\_\_\_\_ O  C  \_\_\_\_\_ O  C

\_\_\_\_\_ O  C  \_\_\_\_\_ O  C  \_\_\_\_\_ O  C