|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAPPORT D’INCIDENT – PARTIE A  (partie à remplir par l’employé ou le superviseur)** | | | | | | | | |
| **Date de l’événement :** |  | | **Où les faits se sont-ils produits?**  *(adresse, bâtiment, étage, numéro de salle, le cas échéant)* | | |  | | |
| **Heure de l’événement :** |  | |
| **Employé(s) impliqué(s) :** |  | | | **Coordonnées :** | |  | | |
| **Conséquence de l’incident *(Cochez toutes les réponses qui s’appliquent.)***  Aucune blessure; aucun dommage matériel  Accident de véhicule  Perte ou dommage matériel  Autre :  Blessure (remplir un Rapport de blessure du travailleur) | | | | | | | | |
| **Décrivez ce qui s’est passé dans vos mots :** | |  | | | | | | |
| **Qui sont les personnes impliquées?** | |  | | | | | | |
| **Nom(s) et coordonnées du(des) témoin(s), le cas échéant:** | |  | | | | | **Signalement de l’incident à :**  GRC  Autre : | |
| **Qu’est-ce qui a pu contribuer à l’incident?** | |  | | | | | | |
| **Qu’est-il arrivé après l’incident?** | | Retour au travail  Premiers soins  Autre : | | | | Départ du travail  Traitement médical requis | | |
| **Signalement par :** | |  | | | **Superviseur(e) :** | | |  |
| **Date d’envoi :** | |  | | | | | | |

**Exemple de rapport d’incident et d’enquête**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENQUÊTE SUR L’INCIDENT – PARTIE B  (partie à remplir par le superviseur ou l’équipe d’enquête)** | | | | | | |
| **Nom du superviseur ou membres de l’équipe d’enquête :** | |  | | | | |
| **Fournissez des précisions sur la scène.**   * Joignez des photos. * Utilisez des diagrammes. | | *Des transcriptions d’entretiens sont jointes.*  *De plus amples détails sont joints.* | | | | |
| **Qu’est-ce qui a pu contribuer à l’incident?**  *(manque de formation, environnement, entretien déficient, etc.)* | | *De plus amples détails sont joints.* | | | | |
| **Quelles mesures faut-il prendre pour qu’un tel incident ne se reproduise plus?** | | *De plus amples détails sont joints.* | | | | |
| Signalez les accidents ayant causé de graves lésions corporelles et des événements dangereux à l’agent de sécurité en chef de la WSCC dès qu’il est raisonnablement possible de le faire.   * No de l’agent de sécurité en chef de la WSCC : 1 800 661-0792  **Cela a-t-il été fait?** | | | | | S.O.  Oui  Non | |
| **Mesures correctives  ou recommandations** | | | **Personne ou partie responsable** | **Date de remise** | | ***✓*** *Cocher*  *une fois fait* |
|  | | |  |  | |  |
|  | | |  |  | |  |
|  | | |  |  | |  |
| **Commentaires :** | *De plus amples détails sont joints.* | | | | | |