

F-1 DECLARATION D'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

(**Important** : ce document doit être rempli par L'EMPLOYÉ(E) immédiatement après l'accident ou l'incident)

Identification

Nom du CPE : _____ Personne ressource : _____
 Nom de l'employé(e) : _____ N.A.S. :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Titre du poste : _____ ☐ Temps régulier ☐ Temps partiel ☐ Remplaçant(e)
 Nombre de jours par semaine : _____ Âge : _____ Années d'ancienneté : _____

Événement

Date de l'événement : ____/____/____ Heure de l'événement : ____h ____min
 Date rapportée à l'employeur : ____/____/____ Heure rapportée : ____h ____min
 À qui l'événement a-t-il été rapporté ? : _____
 Inscription au registre des premiers soins du CPE : ☐ oui ☐ non
 Visite médicale suite à l'événement : ☐ oui ☐ non Lieu de l'événement : _____

Description détaillée de l'événement selon la version de l'employé(e) : (lieu, moment de la journée, tâches exercées, postures adoptées et circonstances particulières.)

Témoin(s) oculaire(s) de l'événement : ☐ oui ☐ non Nom du témoin : _____

L'apparition de la douleur fut ? ☐ Immédiate ☐ Progressive

Je, soussigné(e), certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont véridiques et que la description de l'événement correspond à ce qui s'est réellement produit.

Signature de l'employé(e) : _____ Date : _____

Premiers soins

Partie du corps blessée : _____ Nature de la blessure : _____
 Nature des premiers soins : _____
 Nom du (de la) secouriste : _____

Renseignements supplémentaires facultatifs

1. Avez-vous déjà été traité(e) pour une blessure au même site de lésion (même partie du corps) ? ☐ oui ☐ non
2. Avez-vous déjà eu un dossier à la CSST pour une blessure similaire ? ☐ oui ☐ non
3. Aviez-vous, au moment de l'événement, des limitations physiques provenant d'un accident antérieur, d'une maladie professionnelle ou personnelle ? ☐ oui ☐ non

À l'intention du gestionnaire du CPE

- Remettez le formulaire F-2 « Assignment temporaire » et la liste des tâches à l'employé(e) à chacune des visites médicales.
- Si visite médicale, télécopiez ce document à la Mutuelle en utilisant la feuille de transmission de la Mutuelle (section 3)
- Faites une copie pour le dossier de l'employé(e) et classez l'original dans votre cartable de la Mutuelle à la section 16.