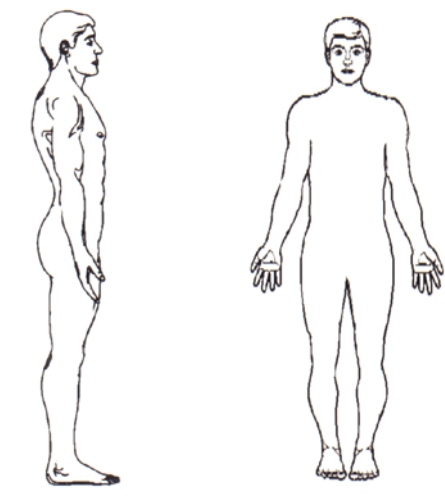


SÉCURITÉ ET SANTE AU TRAVAIL

Protocole d'événement

Enquête effectuée par:	
Nom, prénom :	Date :
Département :	Téléphone :
Genre d'événement	
Accident professionnel : <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle : <input type="checkbox"/> Accident non professionnel : <input type="checkbox"/>	
Renseignements relatifs à la personne atteinte	
Nom, prénom :	
Matricule n°	Date d'embauche: Date de naissance :
Activité actuelle habituelle :	Depuis quand :
Fonction dans l'entreprise :	
Renseignements concernant le(s) témoin(s)	
Nom, prénom : 1	
2	
Indications sur l'événement	
Date de l'événement :	Heure:
Lieu de l'événement :	Objet en cause: (Machine, appareil...)
Partie du corps atteinte :	Type de blessure: (Coupure, cassure...)
Description de l'événement	
.....	 <p>Désignez les parties atteintes</p>
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Type d'événement			
Accident professionnel		Accident non professionnel	
Glisser, trébucher, chuter	<input type="checkbox"/>	Travail à la maison et au jardin	<input type="checkbox"/>
Etre coincé, écrasé, heurté	<input type="checkbox"/>	Circulation	<input type="checkbox"/>
Être atteint par quelque chose	<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>
Se piquer, se couper	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>
Etre happé, pris sur / sous quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influence de substances nocives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies professionnelles			
Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>		
Appareil locomoteur	<input type="checkbox"/>		
Bruit	<input type="checkbox"/>		
Maladies des voies respiratoires	<input type="checkbox"/>		
Autres :	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>		
Absences (Pas d'arrêt de travail <input type="checkbox"/>)			
.....% pendant jours ouvrables	<input type="text" value=".....j."/>	heures manquantes	<input type="text" value=".....h."/>
.....% pendant jours ouvrables	<input type="text" value=".....j."/>	heures manquantes	<input type="text" value=".....h."/>
Total jours manquants	<input type="text" value=".....j."/>	Total heures manquantes	<input type="text" value=".....h."/>
Causes (réalité !) T : Technique, O : Organisationnelle, P : Personnelle			
	T	O	P
.....			
.....			
.....			
.....			
Mesures			
	TOP	Délai	Resp.
urgentes		
		
		
à long terme		
		
		

Questions concernant le système de sécurité interne			
Répondez aux questions suivantes après chaque événement		Oui	Non
1	L'événement est-il dû au manque de clarté de la répartition des tâches et de compétences?		
2	L'événement est-il dû à un manque d'instruction ou une absence de formation?		
3	L'événement est-il dû à des problèmes de compréhension entre les personnes impliquées?		
4	L'événement est-il dû à un manque d'instructions, de règles de sécurité ou de marquages?		
5	L'événement est-il dû à l'inobservance des instructions, règles de sécurité ou marquages?		
6	L'événement est-il dû à des équipements de travail (par ex. outils, engins) inappropriés ou défectueux?		
7	L'événement est-il dû à un manque d'entretien ou de maintenance (par ex. des bâtiments, installations, équipements de travail, outils)?		
8	L'événement aurait-il pu être évité si les équipements de protection individuelle appropriés (par ex. lunettes de protection, dispositifs antichute) avaient été portés et entretenus correctement?		
9	L'événement est-il dû à des dispositifs de protection manquants, défectueux ou insuffisants?		
10	L'entreprise connaissait-elle déjà le phénomène dangereux qui a conduit à l'événement?		
11	L'événement est-il survenu malgré les mesures déjà prises et appliquées auparavant pour éviter ce type d'événement?		
12	Avez-vous constaté des insuffisances concernant l'organisation en cas d'urgence?		
13	Si le feu a joué un rôle dans l'événement: avez-vous constaté des insuffisances concernant la protection contre les incendies?		
14	Des collaborateurs avaient-ils déjà signalé le phénomène dangereux qui a conduit à l'événement?		
15	L'événement est-il dû en partie à des lacunes concernant la conception du poste de travail et des méthodes de travail?		
16	L'événement est-il dû à l'état de la victime de l'accident (par ex. surmenage physique et psychique, fatigue, effets de la prise de médicaments ou d'alcool)?		
17	L'événement est-il dû à des influences climatiques (par ex. chaleur, froid, humidité)?		
18	L'événement est-il dû aux conditions de visibilité (par ex. obscurité, éblouissement, brouillard, fumée)?		
19	L'événement est-il dû à des substances nocives pour la santé?		
	* Etablissez la liste des événements dans l'entreprise en indiquant tous les événements auxquels vous avez répondu par « oui » les cases correspondantes dans la suite du formulaire.		