



### 3. ENQUÊTE ET ANALYSE (à compléter obligatoirement par le gestionnaire)

Est-ce que le quart de travail a été complété?

Oui  Non  N/A

Est-ce que l'employé(e) a consulté un médecin suite à l'accident / incident?

Oui  Non  N/A

Est-ce que l'événement accidentel ou la situation dangereuse représente un risque pour la clientèle?  Oui  Non  N/A

Description du gestionnaire de l'accident ou de la situation dangereuse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indiquer si des facteurs ont contribué à l'événement. Remplir les cases correspondantes et, lorsque non applicable, mentionner N/A.

Causes/facteurs ayant contribué à l'accident	Mesures préventives ou correctives	Responsable(s)	Échéancier AAAA/MM/JJ
Moment _____			
Équipement _____			
Lieu _____			
Individu: _____			
Tâches : _____			
Organisation : _____			

Mesures correctives immédiates prises à la suite de l'événement \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_

Signature du gestionnaire \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_