

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 _____