

<b>À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ</b>	<p><b>A. Identification de l'employé</b></p> <p>Nom: _____ Prénom: _____</p> <p>N° d'employé: _____ Titre d'emploi: _____</p> <p>Établissement: <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> L'HDQ <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> AUTRES: _____</p> <p>N° téléphone: _____</p> <p><b>B. Identification du risque</b></p> <p>Endroit où est présent le risque (service, local ...): _____</p> <p>Identification du risque: _____</p> <p><b>C. Suggestion de l'employé pour corriger le risque</b></p> <p>_____</p>
<b>À COMPLÉTER PAR GESTIONNAIRE ET EMPLOYÉ</b>	<p><b>D. Définition du risque ainsi que de la gravité de l'évènement</b></p> <p><b>Occurrence :</b> <input type="checkbox"/> Peu probable <input type="checkbox"/> Très faible <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Très probable</p> <p><b>Gravité:</b> <input type="checkbox"/> Bris matériel <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Majeure <input type="checkbox"/> Grave</p> <p><b>E. Identifier la catégorie de risque</b></p> <p><input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Chimique <input type="checkbox"/> Ergonomique <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique</p> <p><b>F. Analyse des mesures préventives (plus d'un choix est possible)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Éliminer le phénomène dangereux <input type="checkbox"/> Utiliser un signallement sécuritaire</p> <p><input type="checkbox"/> Utiliser un substitut <input type="checkbox"/> Utiliser une procédure, recevoir une formation</p> <p><input type="checkbox"/> Avoir recours à un contrôle technique <input type="checkbox"/> Utiliser un équipement de protection</p> <p><input type="checkbox"/> Autres: _____</p> <p>Signature de l'employé: _____ Date de déclaration: _____</p>
<b>À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE</b>	<p><b>G. Identification du gestionnaire responsable du service visé par la déclaration</b></p> <p>Nom: _____ Prénom: _____</p> <p>Titre d'emploi: _____ N° téléphone: _____</p> <p>Démarche entreprise: _____</p> <p>Date de suivi au déclarant: _____</p> <p>Échéancier prévu pour la réalisation de la démarche: _____</p> <p>Raison: _____</p> <p>Signature du gestionnaire: _____ Date: _____</p>
<b>SUIVI DE LA DÉCLARATION</b>	<p style="text-align: center;"><b>SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE DE PRÉVENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL (SPMET)</b></p> <p><b>H. Définition du risque ainsi que de la gravité de l'évènement / SPMET</b></p> <p><b>Occurrence :</b> <input type="checkbox"/> Peu probable <input type="checkbox"/> Très faible <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Très probable</p> <p><b>Gravité:</b> <input type="checkbox"/> Bris matériel <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Majeur <input type="checkbox"/> Grave</p> <p>Date de la réception: _____ Date du suivi du gestionnaire: _____</p> <p>Recommandations (si nécessaire) : _____</p> <p>Suivi des recommandations : Date de relance (si nécessaire) _____</p> <p>Application de mesures <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de l'application des mesures: _____</p> <p>Commentaires: _____</p>