

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ	<p>A. Identification de l'employé</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. Identification du risque</p> <p>Endroit où est présent le risque (service, local ...) : _____</p> <p>Identification du risque: _____</p> <p>C. Suggestion de l'employé pour corriger le risque</p> <p>_____</p>
À COMPLÉTER PAR GESTIONNAIRE ET EMPLOYÉ	<p>D. Définition du risque ainsi que de la gravité de l'évènement</p> <p>Fréquence : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Très élevée</p> <p>Gravité : <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Majeure <input type="checkbox"/> Grave</p> <p>E. Identifier la catégorie de risque</p> <p><input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Biologique <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique</p> <p><input type="checkbox"/> Chimique <input type="checkbox"/> Ergonomique</p> <p>F. Analyse des mesures préventives (plus d'un choix est possible)</p> <p><input type="checkbox"/> Éliminer le phénomène dangereux <input type="checkbox"/> Utiliser un signalement 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>
À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE	<p>G. Identification du gestionnaire responsable du service visé par la déclaration</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>_____</p> <p>Signature du gestionnaire : _____ Date : _____</p>
SUIVI DE LA DÉCLARATION	<p style="text-align: center;">SECTION RÉSERVÉE AU SERVICE SANTÉ</p> <p>H. Définition du risque ainsi que de la gravité de l'évènement / SERVICE SANTÉ</p> <p>Fréquence : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Élevée <input type="checkbox"/> Très élevée</p> <p>Gravité : <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Majeure <input type="checkbox"/> Grave</p> <p>Date de la réception : _____ Date du suivi du gestionnaire : _____</p> <p>Recommandations (si nécessaire) : _____</p> <p>_____</p> <p>Suivi des recommandations : Date de relance (si nécessaire) _____</p> <p>_____</p> <p>Application de mesures <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date de l'application des mesures : _____</p> <p>Commentaires : _____</p>