Rapport de maladie ou de blessure (modèle)

Le présent modèle est fourni à titre d’exemple. **Si vous choisissez d’utiliser ce modèle, veillez à l’adapter à vos fonctions et à votre lieu de travail.**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la maladie ou de la blessure : *(mois/jour/année)* | Heure :  du matin  du soir |
| Date de déclaration de la maladie ou de la blessure, ou date à laquelle l’employeur a autrement eu connaissance de la maladie ou de la blessure : *(mois/jour/année)* | Heure :  du matin  du soir |
| Nom complet du travailleur malade ou blessé : | |
| Description de la maladie ou de la blessure : | |
| Endroit sur le lieu de travail où la maladie ou la blessure est survenue : | |
| Cause liée au travail de la maladie ou de la blessure, le cas échéant : | |
| **Des premiers soins ont-ils été prodigués?**  OUI  NON  *(Si oui, remplissez les quatre sections suivantes. Les exigences de l’article 184 du code de santé et de sécurité au travail [OHS Code] s’appliquent.)* | |
| Nom du secouriste : | |
| Formation de secouriste : *(doit être délivrée par un organisme de formation approuvé.)*  Certificat en premiers soins de base\*  Répondant médical d’urgence  Infirmière/infirmier détenant un  certificat de secourisme avancé\*  Certificat de secourisme – niveau intermédiaire\*  Ambulancier paramédical en soins primaires  Certificat de secourisme avancé\*  Ambulancier paramédical en soins avancés | |
| Décrivez les premiers soins prodigués : | |
| Le travailleur a demandé et obtenu une copie de ce rapport.  Initiales du travailleur malade ou blessé \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Le présent rapport doit demeurer confidentiel. Conservez-le pendant au moins trois ans à compter de la date à laquelle la maladie ou la blessure a été déclarée ou que l’employeur en a eu connaissance. | |

Le présent formulaire n’est qu’un exemple. Le simple fait de remplir ce formulaire ne vous mettra pas nécessairement en conformité avec la législation. Il est important et nécessaire de personnaliser ce document pour qu’il reflète le contexte unique de votre lieu de travail. De plus, il est essentiel que ce document soit non seulement rempli, mais également utilisé, communiqué et mis en œuvre conformément à la législation. La Couronne, ses agents, employés ou sous-traitants n’accepteront aucune responsabilité quant aux dommages, directs ou indirects, qui pourraient découler de votre utilisation du présent formulaire.