

Rapport d'incident de SST des FNP pour non-employés

(formulaire obligatoire)

Le présent formulaire doit être rempli dès qu'un non-employé est victime d'un incident/accident en milieu de travail. Les employés doivent signaler les accidents dans le SMAAT à www.sbmfc.com/SST (Signaler un accident).

Nom et coordonnées du blessé	Situation	Lieu de l'incident (base, bâtiment, numéro de pièce, etc.)	Date et heure de l'incident
	<input type="checkbox"/> Membre des FAC <input type="checkbox"/> Entrepreneur <input type="checkbox"/> Public/Client <input type="checkbox"/> Bénévole		Date et heure du signalement
Description de l'incident Veuillez brosser un tableau précis des événements qui ont donné lieu à la situation dangereuse – quoi, quand, où, pourquoi, comment.			
Premiers soins prodigués		Nom(s) et coordonnées du ou des témoins	
Par qui :			
Description :			
Services d'urgence		Soins médicaux par un professionnel de la santé	
Ambulance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas pour l'instant <input type="checkbox"/> Police Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas pour l'instant <input type="checkbox"/> Pompiers Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas pour l'instant <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas pour l'instant <input type="checkbox"/>	
Nom du gestionnaire/ surveillant des affectations qui remplit le formulaire			
Date :	En caractères d'imprimerie	Signature	N° de téléphone

DISTRIBUTION

Représentant supérieur local de l'employeur de la division
Copie au dossier du bénévole / copie au bénévole indiqué dans le présent rapport