

<b>A</b> Nom de l'employé _____		Matricule _____	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Profession _____		Nombre d'années d'exp. _____	Base _____
TÉLÉPHONE _____		Date de l'accident _____	Heure (syst. de 24 h) _____
Vol n° _____ Avion n° _____	Adresse de l'employé (à domicile) _____		Code postal _____

<b>B TYPE DE BLESSURE/D'ACCIDENT</b> 01 <input type="checkbox"/> Mineur 02 <input type="checkbox"/> Incapacité 03 <input type="checkbox"/> Voie publique 04 <input type="checkbox"/> Matériel 05 <input type="checkbox"/> Véhicule 06 <input type="checkbox"/> Au moins deux employés blessés 07 <input type="checkbox"/> Décès 08 <input type="checkbox"/> Répétition 09 <input type="checkbox"/> Mesure d'urgence 10 <input type="checkbox"/> Perte de conscience 11 <input type="checkbox"/> Explosion 12 <input type="checkbox"/> Incendie 13 <input type="checkbox"/> Autre _____	<b>C AUTRES RENSEIGNEMENTS SUR LE VOL</b> 01 <input type="checkbox"/> N° du programme de vols _____ 02 <input type="checkbox"/> N° du courrier _____ 03 <input type="checkbox"/> Tronçons effectués _____ (le jour de l'accident) 04 <input type="checkbox"/> Nombre de jours de réserve consécutifs _____ 05A <input type="checkbox"/> Longueur de la journée de service _____ 05B <input type="checkbox"/> Heures effectuées _____
---	--

**D DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ACCIDENT :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POUR CHAQUE CATÉGORIE, COCHER LA CASE QUI CONVIENT LE MIEUX**

**1 PARTIE DU CORPS (D-DROITE G=GAUCHE)**

D G 01 <input type="checkbox"/> Abdomen	D G 06 <input type="checkbox"/> Poitrine	D G 11 <input type="checkbox"/> Doigt	D G 16 <input type="checkbox"/> Hanche	D G 21 <input type="checkbox"/> Cou/gorge	D G 26 <input type="checkbox"/> Torse
02 <input type="checkbox"/> Cheville	07 <input type="checkbox"/> Oreille	12 <input type="checkbox"/> Pied	17 <input type="checkbox"/> Interne	22 <input type="checkbox"/> Côtes	27 <input type="checkbox"/> Poignet
03 <input type="checkbox"/> Bras	08 <input type="checkbox"/> Coude	13 <input type="checkbox"/> Aine	18 <input type="checkbox"/> Genou	23 <input type="checkbox"/> Épaule	28 <input type="checkbox"/> Autre _____
04 <input type="checkbox"/> Dos	09 <input type="checkbox"/> Œil	14 <input type="checkbox"/> Main	19 <input type="checkbox"/> Jambe	24 <input type="checkbox"/> Cuisse	
05 <input type="checkbox"/> Fesses	10 <input type="checkbox"/> Visage/nez	15 <input type="checkbox"/> Tête	20 <input type="checkbox"/> Bouche/dents	25 <input type="checkbox"/> Orteils	

**2 NATURE DE LA BLESSURE**

01 <input type="checkbox"/> Aérootite	05 <input type="checkbox"/> Commotion	09 <input type="checkbox"/> Corps étranger (œil)	12 <input type="checkbox"/> Empoisonnement	16 <input type="checkbox"/> Autre _____
02 <input type="checkbox"/> Amputation	06 <input type="checkbox"/> Écrasement	10 <input type="checkbox"/> Fracture/dislocation	13 <input type="checkbox"/> Éraflure/égratignure	
03 <input type="checkbox"/> Contusion	07 <input type="checkbox"/> Coupure/perforation	11 <input type="checkbox"/> Infection	14 <input type="checkbox"/> Entorse	
04 <input type="checkbox"/> Brûlure	08 <input type="checkbox"/> Décharge électrique		15 <input type="checkbox"/> Foulure	

**3 ORIGINE DE LA BLESSURE**

01 <input type="checkbox"/> Avion	06 <input type="checkbox"/> Produit chimique	11 <input type="checkbox"/> Pièce fixe d'office, au-dessus du comptoir	16 <input type="checkbox"/> Surface	21 <input type="checkbox"/> Véhicule	26 <input type="checkbox"/> Armoire (PS _____)
02 <input type="checkbox"/> Pièce d'avion	07 <input type="checkbox"/> Porte	12 <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant de bord	17 <input type="checkbox"/> Surface mouillée	22 <input type="checkbox"/> Chariot - bar/boutique (PS _____)	27 <input type="checkbox"/> DIMENSIONS ET POIDS DE L'OBJET _____
03 <input type="checkbox"/> Bagages	08 <input type="checkbox"/> Corps étranger	13 <input type="checkbox"/> Objet en mouvement	18 <input type="checkbox"/> Surface en mouvement	23 <input type="checkbox"/> Chariot - repas (PS _____)	
04 <input type="checkbox"/> Fret	09 <input type="checkbox"/> Pièce électr. d'office	14 <input type="checkbox"/> Objet immobile	19 <input type="checkbox"/> Plate-forme	24 <input type="checkbox"/> Chariot - poubelle (PS _____)	28 <input type="checkbox"/> Matériel inutilisable - Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
05 <input type="checkbox"/> Chariot	10 <input type="checkbox"/> Pièce fixe d'office, sous le comptoir	15 <input type="checkbox"/> Palette	20 <input type="checkbox"/> Température extrême	25 <input type="checkbox"/> Desserte (PS _____)	29 <input type="checkbox"/> Autre _____

**4 CIRCONSTANCES**

01 <input type="checkbox"/> Se penchait	08 <input type="checkbox"/> A avalé	15 <input type="checkbox"/> Cherchait à atteindre	20 <input type="checkbox"/> Se tenait debout	26 <input type="checkbox"/> En chute libre ou projeté
02 <input type="checkbox"/> A heurté	09 <input type="checkbox"/> A inhalé	16 <input type="checkbox"/> Servait	21 <input type="checkbox"/> Montait/descendait/enjambait	27 <input type="checkbox"/> En mouvement
03 <input type="checkbox"/> Pris entre	10 <input type="checkbox"/> S'agenouillait	17 <input type="checkbox"/> S'asseyait	22 <input type="checkbox"/> Marchait	28 <input type="checkbox"/> Qu'un autre utilisait
04 <input type="checkbox"/> Pris dans	11 <input type="checkbox"/> Soulevait/abaissait	18 <input type="checkbox"/> A glissé sans tomber	23 <input type="checkbox"/> Se tenait debout	29 <input type="checkbox"/> Qu'il utilisait
05 <input type="checkbox"/> A touché	12 <input type="checkbox"/> Ouvrait/fermait	19 <input type="checkbox"/> Autre _____	24 <input type="checkbox"/> Montait/descendait/enjambait	
06 <input type="checkbox"/> A été exposé à	13 <input type="checkbox"/> Tirait		25 <input type="checkbox"/> Marchait	
07 <input type="checkbox"/> Tenait/portait	14 <input type="checkbox"/> Poussait			

**5 LIEU DE L'ACCIDENT**

01 <input type="checkbox"/> Extérieur d'un avion	06 <input type="checkbox"/> Carrousel	11 <input type="checkbox"/> Couloir	16 <input type="checkbox"/> Autre transporteur	21 <input type="checkbox"/> Véhicule
02 <input type="checkbox"/> Intérieur d'un avion	07 <input type="checkbox"/> Conteneur	12 <input type="checkbox"/> Office	17 <input type="checkbox"/> À l'étranger	22 <input type="checkbox"/> Autre _____
03 <input type="checkbox"/> Aire de trafic	08 <input type="checkbox"/> Escalier mobile	13 <input type="checkbox"/> Intérieur	18 <input type="checkbox"/> Aire de stationnement	
04 <input type="checkbox"/> Passerelle	09 <input type="checkbox"/> Extérieur	14 <input type="checkbox"/> Mise en place	19 <input type="checkbox"/> Escalier	
05 <input type="checkbox"/> Bâtiment	10 <input type="checkbox"/> Sol	15 <input type="checkbox"/> Repos en escale	20 <input type="checkbox"/> Plate-forme	

<b>6 TYPE D'AVION</b> 01 <input type="checkbox"/> 767 02 <input type="checkbox"/> 777 03 <input type="checkbox"/> 787 04 <input type="checkbox"/> A321 05 <input type="checkbox"/> A320 06 <input type="checkbox"/> A319 07 <input type="checkbox"/> E190 08 <input type="checkbox"/> Autre _____	<b>7 SITUATION DE L'AVION</b> 01 <input type="checkbox"/> Décollage 02 <input type="checkbox"/> Atterrissage 03 <input type="checkbox"/> Croisière 04 <input type="checkbox"/> Montée 05 <input type="checkbox"/> Roulage 06 <input type="checkbox"/> Stationnement 07 <input type="checkbox"/> Après stationnement à une porte 08 <input type="checkbox"/> Remorquage 09 <input type="checkbox"/> Immobilisation 10 <input type="checkbox"/> Descente 11 <input type="checkbox"/> S.o. 12 <input type="checkbox"/> Autre _____
---	---

**8 CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES**

01 <input type="checkbox"/> Clair	03 <input type="checkbox"/> Pluie	05 <input type="checkbox"/> Gelée	07 <input type="checkbox"/> Glace	09 <input type="checkbox"/> S.o.	11 <input type="checkbox"/> Vent _____ km/h
02 <input type="checkbox"/> Nuageux	04 <input type="checkbox"/> Brouillard	06 <input type="checkbox"/> Neige	08 <input type="checkbox"/> Autre	10 <input type="checkbox"/> Temp. _____ °C	

<b>PERSONNEL NAVIGANT TECHNIQUE SEULEMENT (sec. 9 à 11)</b> <b>9 DURÉE DU VOL</b> 01 <input type="checkbox"/> jusqu'à 90 min 02 <input type="checkbox"/> de 91 min à 4 h 03 <input type="checkbox"/> Plus de 4 h <b>10 COEFFICIENT D'OCCUPATION</b> 01 <input type="checkbox"/> jusqu'à 50 % 02 <input type="checkbox"/> de 51 % à 80 % 03 <input type="checkbox"/> Plus de 80 % <b>11 CONDITIONS DE VOL</b> 01 <input type="checkbox"/> Sans turbulence 02 <input type="checkbox"/> Faible turbulence 03 <input type="checkbox"/> Turbulence modérée 04 <input type="checkbox"/> Autre _____ 05 <input type="checkbox"/> Altitude	<b>PERTE DE TEMPS (À L'EXCLUSION DU RESTE DU POSTE DE TRAVAIL)</b> 01 <input type="checkbox"/> Aucune 02 <input type="checkbox"/> Inconnue 03 <input type="checkbox"/> Oui Premier jour d'absence _____ (à l'exclusion du reste du poste de travail) <b>SOINS MÉDICAUX</b> 01 <input type="checkbox"/> Aucune 02 <input type="checkbox"/> Premiers soins 03 <input type="checkbox"/> Médecin (nom) _____ 04 <input type="checkbox"/> Hôpital (nom) _____
--	--

**13 TÉMOINS**

Matricule _____	Matricule _____
Nom _____	Nom _____
Téléphone _____	Téléphone _____

<b>14</b> COMMANDANT DE BORD/CHEF DE CABINE	MATRICULE _____	DATE _____	<b>15</b> SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____	DATE _____
---	-----------------	------------	--	------------

**SECTION A : À FAIRE REMPLIR PAR L'AGENT DE BORD**

Personnes touchées :

Étape du vol/Lieu

Environnement :	Article consigné au registre? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Article étiqueté? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	SINON, pourquoi? _____ N° d'entrée au registre _____

Matériel :	Hors service? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → Consigné au registre? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Étiqueté? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
	SINON, pourquoi? _____ N° d'entrée au registre _____

Conséquences :

**CIRCONSTANCES AYANT CONDUIT À L'ACCIDENT**

Accident (Indiquer toutes les étapes) :
Étape précédente :
Comment cette blessure aurait-elle pu être évitée :

DATE : \_\_\_\_\_  
VOL N° : \_\_\_\_\_

SIGNATAIRE : \_\_\_\_\_  
MATRICULE : \_\_\_\_\_

**SECTION B : ÉVALUATION DU RESPONSABLE**

Nature de la blessure. Comment s'est-elle produite?		
Rapport rempli avec description détaillée?		
Vu par le médecin AC		
Durée de l'absence		
Tâches de remplacement		
Date de la blessure/date de suivi		
Moyens d'éviter un accident semblable		
Blessure au cours des 12 derniers mois/rechute?		
Date d'entrevue avec l'employé		
Nom du responsable	Date	Responsable du groupe

**SECTION C : ÉVALUATION DU COMITÉ DE SANTÉ ET SÉCURITÉ**

NOM	FONCTION	DATE