



PROCÉDURE POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE COMMUNICATION D'UNE SITUATION À RISQUE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU PERSONNEL

PROCÉDURE GÉNÉRALE D'UTILISATION

Ce formulaire peut être utilisé lorsqu'un employé identifie une situation à risque sur les lieux de travail pour la santé et la sécurité du personnel. Les situations à risque peuvent être variées, il peut s'agir d'un équipement, d'un environnement physique, d'une méthode de travail, etc.

Le présent formulaire comprend deux sections à compléter, une par l'employé communiquant le risque, incluant les parties A, B et C, et une par le gestionnaire de l'employé concerné, comprenant les parties D, E et F.

Une fois l'ensemble des sections complétées, le gestionnaire doit faire parvenir le formulaire dans les plus brefs délais à l'équipe Prévention du Service de santé et sécurité du travail, soit par courriel à l'adresse générique 06 CHUM Prévention (prevention-sst.chum@ssss.gouv.qc.ca), par télécopieur au 514 412-7731 ou par courrier interne au 5^e étage du Pavillon S. En cas d'urgence, composez le 8340 afin de rejoindre un membre de l'équipe.

IMPORTANT - En cas d'incident ou d'accident du travail, il faut compléter le formulaire de *Déclaration, d'enquête et d'analyse d'accident du travail*. Si un usager est concerné, il faut compléter le *Rapport de déclaration d'incident ou d'accident AH-223-1*.

PRÉCISIONS CONCERNANT LA SECTION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

Partie B. Identification du risque

1. Lieu exact : identifier l'endroit précis où est présent le risque (local, service, pavillon, etc.).
2. Description : décrire de façon détaillée la situation à risque identifiée.
3. Fréquence de la situation à risque : définir la fréquence de la situation à risque en cochant la case appropriée.
Faible : la situation peut survenir exceptionnellement ou quelques fois par année.
Moyenne : la situation peut survenir occasionnellement, par exemple, une fois par semaine, une fois par mois.
Élevée : la situation peut survenir fréquemment, par exemple, plusieurs fois par semaine, une fois par jour.
4. Suggestion pour corriger le risque : formuler de façon détaillée une ou plusieurs suggestions envisageables pour corriger la situation à risque rapportée.

PRÉCISIONS CONCERNANT LA SECTION À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE

Partie E. Mesures correctives

1. Visite des lieux : indiquer en cochant la case appropriée s'il y a eu une visite des lieux par le gestionnaire.
2. Correctif : préciser en cochant la case appropriée si des correctifs ont été mis en place ou s'ils sont à venir. Préciser selon le cas la date de réalisation des correctifs apportés ou l'échéancier prévu.
3. Description : décrire de façon détaillée les correctifs mis en place ou à venir. Prioriser l'élimination des risques à la source. Il est possible d'instaurer une mesure temporaire et de prévoir une mesure finale à venir.
4. Date de suivi à l'employé : inscrire la date à laquelle l'employé a été avisé de la prise en charge du risque.

SUIVI DE LA DÉCLARATION PAR LE SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Après analyse, l'équipe Prévention du Service de santé et sécurité du travail détermine les suivis appropriés à effectuer concernant la situation à risque rapportée et les correctifs suggérés, mis en place et / ou à venir.



COMMUNICATION D'UNE SITUATION À RISQUE POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU PERSONNEL

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ	A. Identification de l'employé Prénom : _____ Nom : _____ Matricule : _____ Titre d'emploi : _____ Service : _____ Poste téléphonique au travail : _____ Quart de travail : <input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/> nuit Établissement : <input type="checkbox"/> CHUM <input type="checkbox"/> CRCHUM <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> Optilab <input type="checkbox"/> Autre
	B. Identification du risque Lieu exact : _____ Description : _____ _____ _____ Fréquence de la situation à risque : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée Suggestion pour corriger le risque : _____ _____ _____
	C. Signature de l'employé : _____ Date : _____
À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE	D. Identification du gestionnaire de l'employé Prénom : _____ Nom : _____ Titre d'emploi : _____ Poste téléphonique : _____
	E. Mesures correctives Visite des lieux : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Correctif : <input type="checkbox"/> mis en place <input type="checkbox"/> à venir Date de réalisation : _____ Échéancier : _____ Description : _____ _____ _____ Date de suivi à l'employé : _____
	F. Signature du gestionnaire : _____ Date : _____

Rév. Décembre 2019, SST

Acheminer à l'équipe Prévention du Service de santé et sécurité du travail par :

courriel : prevention-sst.chum@ssss.gouv.qc.ca / télécopieur : 514 412-7731 / courrier interne : Pavillon S, 5e étage