



Capsules Santé et sécurité au travail

Pastille «J'AGIS EN SST»



Tel que mentionné dans le vidéo qui a circulé récemment, la santé et sécurité est le travail de tous. Afin de prévenir les accidents de travail ou bien pour qu'un accident de se reproduise plus, nous sollicitons votre aide.

Dans la section Santé et sécurité de la zone sécurisée, sous l'onglet programme de prévention, vous trouverez la pastille qui apparait tout en haut de la page «J'AGIS EN SST». En cliquant sur cette pastille, un formulaire de déclaration de situation dangereuse ouvrira. Vous pourrez y déclarer toute situation ayant un potentiel de danger dans votre milieu. Aussitôt que vous avez terminé de compléter ce dernier vous n'avez qu'à cliquer sur «Soumettre».

Les formulaires seront transmis automatiquement à Mylène Gousse et ensuite acheminés aux superviseurs ou au comité SST selon leur contenu.

Il est évident que toutes demandes ne pourront pas être traitées dans un court délai, par contre, soyez assurés que chaque formulaire sera analysé et réalisé dans la mesure du possible.

Au cours des prochains mois, nous vous communiquerons les demandes reçues ainsi que les mesures prises afin de corriger une situation dangereuse.

Ainsi, vous aiderez à faire la différence en santé et sécurité!

Formulaire de déclaration de situation dangereuse « J'AGIS EN SST »		GROUPE CAMBI SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS	
IDENTIFICATION DU DÉCLARANT			
Nom: _____			
N° d'employé: _____	Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Titre emploi: _____	
# tel. domicile: _____	# tel. portable: _____	Point de service visité: _____	
IDENTIFICATION DE L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL			
Date la prise de connaissance de l'existence du danger: _____		Date de la déclaration à l'employeur de l'existence du danger: _____	
Heure: _____		Heure: _____	
Nom du représentant de l'employeur rencontré: _____			
Décrivez la situation dangereuse ou à risque: _____			
Lieu: _____			
Nom(S): _____		Si oui, veuillez indiquer la date de l'évènement: _____	
Un évènement accidentel est-il à l'origine de cette déclaration? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Heure: _____	
MESURES CORRECTIVES			
Veuillez préciser les mesures correctives (temporaires ou permanentes) mises de l'avant: _____			
Veuillez préciser les mesures correctives suggérées: _____			
J'affirme que, au meilleur de ma connaissance, les présentes informations sont véridiques.			
Signature du travailleur (électronique): _____		Date: _____	
En cliquant sur le bouton soumettre, votre formulaire sera directement acheminé au service des ressources humaines à: mylene.gousse@cambi.ca . Votre formulaire sera ensuite transmis à votre superviseur et étudié en comité SST.			
<input type="button" value="Soumettre"/>			
La problématique a-t-elle été prise en charge: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Réponses / Prévisions de l'employeur: _____			
Signature du représentant de l'employeur: _____		Date: _____	