# Registre accidents
# premiers soins, premiers secours

**Date** ___ / ___ / ___ (jour mois année) ☐ le jour ___ : ___ (heure) ☐ le soir ___ : ___ (heure) ☐ la nuit ___ : ___ (heure)

**Prénom et nom de la personne accidentée**

_____ en lettres moulées _____ signature

**Occupation de l'employé(e)** _____

**Description de l'accident** (incluant lieu et activité au moment de l'accident)

_____

_____

_____

_____

Ce document vous est suggéré pour consigner les accidents qui se produisent dans votre entreprise ainsi que la nature des premiers soins et premiers secours dispensés.

**Équipement / Produit / Machine** (s'il y a lieu)

_____

_____

**Description de la blessure** | **Partie(s) du corps blessée(s)**

_____ _____

_____ _____

## PREMIERS SOINS

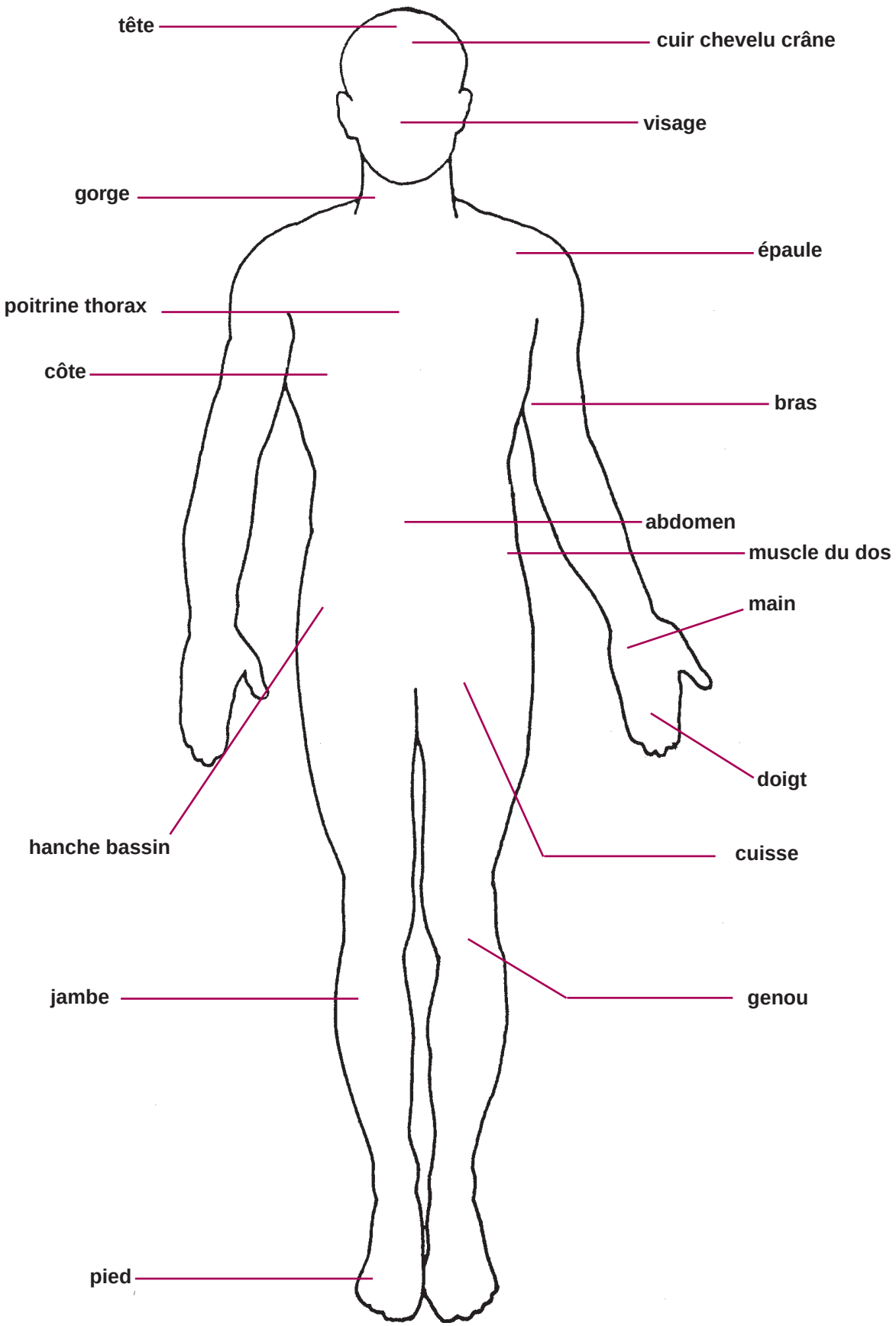
**Nature des premiers soins dispensés** | **Nom du secouriste**

_____ _____

_____

_____

**Production**
Association paritaire de santé et de sécurité du travail, secteur imprimerie et activités connexes
7450, boul. les Galeries d'Anjou, bureau 450
Anjou (Québec) H1M 3M3
Téléphone : (514) 355-8282
Télécopieur : (514) 355-6818
www.aspimprimerie.qc.ca
CAT 99-09-4B - septembre 1999


tête
cuir chevelu crâne
visage
gorge
épaule
poitrine thorax
côte
bras
abdomen
muscle du dos
main
doigt
hanche bassin
cuisse
jambe
genou
pied