



**HAZARDOUS OCCURRENCE  
INVESTIGATION REPORT**

**RAPPORT D'ENQUÊTE DE  
SITUATION COMPORTANT DES RISQUES**

1. Type of Occurrence / Genre de situation	2. Department file no. / N° de dossier du ministère
<input type="checkbox"/> Explosion <input type="checkbox"/> Loss of Consciousness / Évanouissement <input type="checkbox"/> Disabling Injury / Blessure invalidante <input type="checkbox"/> Emergency Procedure / Mesures d'urgence <input type="checkbox"/> Other (specify) / Autre (Préciser)	Regional or District Office / Bureau régional ou de districts Employer ID No. / Numéro d'identification de l'employeur

3. Employer's name and mailing address / Nom et adresse postale de l'employeur	Postal code / Code postal
	Telephone number / Numéro de téléphone

Site of hazardous occurrence Lieu de la situation comportant des risques	Date and time of hazardous occurrence Date et heure de la situation comportant des risques
	Weather / Conditions météorologiques

Witnesses / Témoins	Supervisor's name / Nom du surveillant
---------------------	--

4. Description of what happened / Description des circonstances

Brief description and estimated cost of property damage / Description sommaire et coût estimatif des dommages matériels

5. Injured employee's name (if applicable) / Nom de l'employé blessé (s'il y a lieu)	Age / Âge	Sex / Sexe
--	-----------	------------

Occupation / Profession	Years of experience in occupation Nbre d'années d'expérience dans la profession
-------------------------	--

Description of injury / Description de la blessure

Was training in accident prevention given to injured employee in relation to duties performed at the time of the hazardous occurrence?  
L'employé blessé a-t-il reçu une formation en prévention des accidents relativement aux fonctions qu'il exerçait au moment de la situation comportant des risques?

Yes / Oui     No / Non    Specify / Préciser

6. Direct causes of hazardous occurrences / Causes directes de la situation comportant des risques

7. Corrective measures and date employer will implement  
Mesures correctives qui seront appliquées par l'employeur et date de leur mise en oeuvre

Reasons for not taking corrective measures / Raisons pour lesquelles aucune mesure corrective n'a été prise

Supplementary preventative measures / Autres mesures de prévention

8. Name of person investigating / Nom de la personne faisant l'enquête	Signature	Date
Title / Titre	Telephone number / Numéro de téléphone	

9. Safety & health committee's or representative's comments  
Observations du comité de sécurité et de santé ou du représentant en matière de sécurité et de santé

Committee member's or representative's name / Nom du membre du comité ou du représentant	Signature	Date
Title / Titre	Telephone number / Numéro de téléphone	

Lab/Trav 369 (OBT) (rev. 94/03)

COPIES 1 & 2 to Regional Safety Officer, COPY 3 to the Safety and Health Committee or Representative, COPY 4 to the Employer  
COPIES 1 et 2 pour l'agent régional de sécurité, COPIE 3 pour le comité de sécurité et de santé ou pour le représentant en matière de sécurité et de santé, COPIE 4 pour l'employeur

See reverse for INSTRUCTIONS au verso