


# OUTIL 16

## DND 663

 National Défense Defence nationale		<b>PROTECTED A (When completed)</b> <b>PROTÉGÉ A (Une fois rempli)</b>		HRMS Incident no. - N° de l'incident SGRH	
<b>Hazardous Occurrence Report</b> <b>Rapport sur les situations comportant des risques</b>				1. Type of occurrence - Genre de situation <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 / Autre _____ <i>Specify / Préciser</i>	
Status - Statut <input type="checkbox"/> Incomplete / Incomplet <b>or</b> <input type="checkbox"/> Complete / Complet		2. Department file no. / N° du dossier du département Regional district office / Bureau régional de district Employer ID no. / N° d'identification de l'employeur		3. Unit name and mailing address - Nom et adresse postale de l'unité Postal Code - Code postal Telephone no. - N° de téléphone	
Site of hazardous occurrence / Lieu de l'événement <input type="checkbox"/> On DND premises / Sur la propriété du MDN		Date and time of hazardous occurrence / Date et heure de la situation comportant des risques Date (yyaa/mm/dj)    Time - Heure Weather - Conditions météorologiques    Road conditions - État routes		Witnesses - Témoins    PRI/SN - CIPD/NM    Supervisor's name - Nom du superviseur    PRI/SN - CIPD/NM	
4. Description of what happened - Description des circonstances    Specialized Program - Programme spécialisé:					
Brief description and estimated cost of property damage - Description sommaire et coût estimatif des dommages matériels					
5. Injured person's name (if applicable) - Nom de l'employé blessé (s'il y a lieu) Name - Nom    PRI/SN - CIPD/NM    Rank - Grade		Age - Âge    Occupation - Profession Sex - Sexe    Years of experience in occupation / Années d'expérience dans la profession		<input type="checkbox"/> Regular / Régulier <input type="checkbox"/> Reserve / Réserve <input type="checkbox"/> DND Civilian / Civil MDN <input type="checkbox"/> Other / Autre _____ <input type="checkbox"/> On-Duty / En service <input type="checkbox"/> Off-Duty / Pas en service <input type="checkbox"/> Auth sport/Phys training / Sport autorisé/Entraînement phys	
Direct cause of injury (accident type) / (source of injury) - Cause directe de la blessure (type accident) / (cause blessure)					
Description of injury (nature of injury) / (body parts) / Description de la blessure (nature blessure) / (parties du corps)				<input type="checkbox"/> First aid / Premiers soins <input type="checkbox"/> Treated by a health professional / Soigné par un professionnel de la santé	
Restricted workdays (light duties) / Jours de travail restreints (tâches légères):		Lost days: / Jours perdus: <b>or</b> Last day worked if return date unknown: / Dernier jour travaillé si date de retour inconnue:		Had training in accident prevention been given to injured employee in relation to duties performed at the time of the hazardous occurrence? / L'employé blessé avait-il reçu une formation en prévention des accidents relativement aux fonctions exercées au moment de l'événement? <input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non <i>Specify - Spécifiez</i>	
6. Direct causes of hazardous occurrence (contributing factors) - Causes directes de la situation comportant des risques (facteurs contributants)					
7. Corrective measures - Mesures correctives Reasons for not taking any corrective measures or Supplementary preventive measures / Raisons pour n'avoir pris aucune mesure corrective ou Autres mesures de prévention					
8. Investigator's comments (optional) - Observations de l'enquêteur (optionnel)					
Name of person investigating - Nom de la personne menant l'enquête <input type="checkbox"/> Supervisor / Superviseur <b>or</b> <input type="checkbox"/> Person officially assigned: / Personne désignée officiellement:				Signature	
Title/Rank - Titre/Grade    PRI/SN - CIPD/NM    Telephone no. - N° de téléphone    Date (yyaa/mm/dj)		9. Health and Safety Committee's or representative's comments - Observations du comité de sécurité et de santé ou du représentant			
Committee member or representative - Membre du comité ou du représentant				Signature	
Title/Rank - Titre/Grade    PRI/SN - CIPD/NM    Telephone no. - N° de téléphone    Date (yyaa/mm/dj)		10. I conducted an administrative review of the content of this form. - J'ai fait une révision administrative du contenu de ce formulaire. GSO's name - Nom de l'OSG    PRI/SN - CIPD/NM    Signature    Date (yyaa/mm/dj)			
DND 663 (01-2012) Design: Forms Management 613-957-6899 Conception: Gestion des formulaires 613-957-6906		<b>PROTECTED A (When completed)</b> <b>PROTÉGÉ A (Une fois rempli)</b>		