

**DÉCLARATION D'ACCIDENT, D'INCIDENT ET D'ENQUÊTE pour les
membres du personnel enseignant et non enseignant
(avec ou sans perte de temps)**

IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____ Matricule : _____

Titre de fonction : _____

Unité administrative : _____

Campus : Gatineau Saint-Jérôme Ripon

No. de téléphone : _____ Courriel : _____

Statut : Régulier Particulier

INFORMATION SUR L'ÉVÈNEMENT

Date : _____ Heures : _____

Lieu précis de l'évènement : _____

Témoin no. 1 - Nom : _____ No. de tél. : _____

Témoin no. 2 - Nom : _____ No. de tél. : _____

Nom de la personne supérieure immédiate : _____

Date à laquelle elle a été informée : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT

Description factuelle, objective et détaillée des faits. Décrivez tout ce qui est pertinent (la tâche effectuée, l'élément déclencheur, les équipements ou le matériel impliqué, les conditions des lieux, etc.) :

DOMMAGES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES

Siège de la lésion :

<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Hanche/fesse	<input type="checkbox"/> Cou
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Pied
<input type="checkbox"/> Œil	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Jambe	<input type="checkbox"/> Autre blessure
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Doigt	<input type="checkbox"/> Genoux	<input type="checkbox"/> Aucune blessure

Si autres, expliquez :

ASSISTANCE MÉDICALE / PREMIERS SOINS PSYCHOLOGIQUES

Avez-vous reçu les premiers soins? : Oui Non

Nom du ou des secouristes/sentinelles :

Avez-vous été transporté par ambulance? : Oui Non

Description des premiers soins reçus :

Avez-vous consulté un professionnel de la santé? : Oui Non

Description des premiers soins reçus :

ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELS

Au moment de l'accident, les équipements de protection individuels suivants étaient utilisés :

<input type="checkbox"/> Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité	<input type="checkbox"/> Gants ou moufles
<input type="checkbox"/> Protection auditive	<input type="checkbox"/> Vêtements de signalisation	<input type="checkbox"/> Attache ou câble de hauteur
<input type="checkbox"/> Casque de sécurité	<input type="checkbox"/> Écran facial (lunette, visière)	<input type="checkbox"/> Aucun
<input type="checkbox"/> Protection contre radiations	<input type="checkbox"/> Tablier protecteur ou sarrau	<input type="checkbox"/> Autre

Si autre, expliquez :

LÉSION PROFESSIONNELLE

À la suite de l'accident, avez-vous dû vous absenter du travail? :

Oui

Non

MESURES CORRECTRICES

- Veuillez préciser les mesures correctrices qui ont été mises en place à la suite de l'accident, le cas échéant.
- Veuillez préciser les mesures correctrices que vous pensez qu'il faudrait mettre sur place.

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

Vous pouvez inscrire ici tout autre renseignement pertinent. Par exemple :

- Les dommages aux équipements ou aux bâtiments causés par l'accident;
- Les dommages à l'environnement causés par l'accident (déversement dans les égouts, contamination du sol, contamination atmosphérique, etc.) :

ANALYSE DE LA PERSONNE SUPÉRIEURE IMMÉDIATE

La personne supérieure immédiate remplit cette partie en précisant les mesures correctrices mises en place ou les actions qui seront mises en place :

- Quelles mesures correctrices avez-vous mises en place ?
- Quels suivis avez-vous effectués et auprès de qui pour corriger la situation ? Précisez les délais de suivi.

SIGNATURES

Membre du personnel enseignant ou non enseignant

Date

Personne supérieure immédiate

Date

Veillez transmettre la copie originale de ce formulaire au Service des ressources humaines par courriel à srhsst@uqo.ca

Si vous vous absentez au-delà de la journée de l'évènement, vous devez communiquer avec le Service des ressources humaines par courriel à srhsst@uqo.ca afin de compléter les documents requis par la CNESST

Mise à jour : Le 17 juillet 2024