

N° de téléphone : Courriel :

Lieu précis de l'évènement :

Témoin 1 :	Nom :		Prénoms : N° de téléphone :
Témoin 2 :	Nom :		

Date à laquelle elle a
été informée

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.) :

--

☐ Abdomen	☐ Bras	☐ Cheville	☐ Cou	☐ Coude
☐ Cuisse	☐ Doigt	☐ Dos	☐ Épaule	☐ Jambe/genoux
☐ Main	☐ Œil	☐ Pied	☐ Poignet	☐ Tête
☐ Visage	☐ Hanche/fesse	☐ Autre :	☐ Aucune blessure	

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 :

- ☐ Appareil respiratoire
- ☐ Chaussures de sécurité
- ☐ Gants ou moufles
- ☐ Protection auditive
- ☐ Vêtements de signalisation
- ☐ Attache ou câble de hauteur
- ☐ Casque de sécurité
- ☐ Écran facial (lunette, visière)
- ☐ Tablier protecteur ou sarrau
- ☐ Protection contre radiations
- ☐ Autre : _____
- ☐ **Aucun**

Si autre, expliquez :

LÉSION PROFESSIONNELLE

À la suite de l'accident, avez-vous dû vous absenter de vos activités pédagogiques ? 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.);

SIGNATURES

_____	_____
Étudiante ou étudiant	Date
_____	_____
Personne responsable des activités pédagogiques	Date

Si l'accident a lieu durant vos activités pédagogiques, veuillez informer la personne responsable des activités pédagogiques ou votre module de l'UQO.

La prochaine section doit être complétée par la personne responsable des activités pédagogiques ou la personne responsable de votre module de l'UQO.

ENQUÊTE ET ANALYSE

Veuillez préciser :

- Pourquoi cet événement est survenu ? (lien avec les différentes composantes du travail : moment, équipement, lieu, individu, tâche, organisation)
- Quelles mesures correctrices seront mises en place pour éviter que la situation ne se reproduise ?
- À quel moment et qui est responsable de la mise en place des mesures correctrices ?

SIGNATURES

_____	_____
Personne responsable des activités pédagogiques ou personne responsable du module de la personne étudiante	Date

Si l'accident a lieu durant vos activités pédagogiques, veuillez transmettre à la personne responsable des activités ou personne responsable de votre module à l'UQO.

La prochaine section doit être complétée par la personne responsable des activités ou la personne responsable de votre module à l'UQO

☐ J'ai pris connaissance de l'événement et des mesures mises en place.

Autres recommandations ou suivis effectués :

_____	_____
Personne responsable des activités pédagogiques ou personne responsable du module de la personne étudiante	Date

Veuillez conserver une copie de ce formulaire au dossier de l'étudiante ou étudiant et faire parvenir une copie au Service des ressources humaines (santé et sécurité au travail) à l'adresse courriel srhsst@uqo.ca.