

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 votre stage 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 (stagiaire)	_____ Date
_____ Personne représentante ou accompagnatrice du milieu de stage	_____ Date

Si l'accident a lieu sur votre lieu de stage, veuillez informer rapidement la coordonnatrice ou le coordonnateur de stage de l'UQO.

La prochaine section doit être complétée par la personne représentante ou accompagnatrice du milieu de stage ou du laboratoire

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 représentante ou accompagnatrice du milieu de stage ou du laboratoire	_____ Date
---	---------------

Si l'accident a lieu sur votre lieu de stage, veuillez transmettre la copie originale de ce formulaire à la coordonnatrice ou au coordonnateur de stage à l'UQO.

La prochaine section doit être complétée par la coordonnatrice ou le coordonnateur de stage de l'UQO.

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

Autres recommandations ou suivis effectués :

_____ Coordonnatrice ou coordonnateur de stage à l'UQO	_____ Date
---	---------------

Veuillez conserver une copie de ce formulaire au dossier de stage 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.