UQO
SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

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 :

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

☐ 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)	☐ Aucun
☐ Protection contre radiations	☐ Tablier protecteur ou sarrau	☐ 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

Veuillez 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 20 juillet 2023