

**DÉCLARATION D'ACCIDENT, D'INCIDENT ET D'ENQUÊTE POUR
L'ÉTUDIANTE OU L'ÉTUDIANT (STAGIAIRE OU EN LABORATOIRE)**
(avec et sans perte de temps)

IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____

Code permanent : _____

Module : _____

Campus : Gatineau Saint-Jérôme Ripon

N° de téléphone : _____ Courriel : _____

INFORMATION SUR L'ÉVÈNEMENT

Date : _____ Heure : _____

Lieu précis de l'évènement : _____

Témoin 1 : Nom : _____ N° de téléphone : _____

Témoin 2 : Nom : _____ N° de téléphone : _____

Nom de la personne représentante ou accompagnatrice (milieu de stage ou laboratoire) : _____ Date à laquelle elle a été informée _____

Nom de la coordonnatrice ou du coordonnateur de stage ou de l'agente ou de l'agent de stage, le cas échéant : _____ Date à laquelle elle ou il a été informé _____

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

Si autre, 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"/> Tablier protecteur ou sarrau |
| <input type="checkbox"/> Protection contre radiations | <input type="checkbox"/> Autre : | <input type="checkbox"/> Aucun |

Si autre, expliquez :

LÉSION PROFESSIONNELLE

À la suite de l'accident, avez-vous dû vous absenter de votre stage / laboratoire ? 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 représentante ou accompagnatrice du
milieu de stage ou du laboratoire

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 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.