



## 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"/> <b>Aucun</b>                 |

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](mailto:srhsst@uqo.ca).**