

# DÉCLARATION DE BLESSURE OU DE QUASI-ACCIDENT

Toute personne blessée ou qui rapporte un incident doit remplir ce formulaire, le signer, le dater et le soumettre au Service de santé, sécurité et environnement dans les 24 heures suivant la blessure. Les formulaires remplis seront enregistrés dans le système de gestion des accidents par le Service de santé, sécurité et environnement. Par la suite, la personne blessée ou celle qui a soumis le formulaire et le superviseur immédiat pourront passer en revue l'incident et ajouter toute information nécessaire.

## Renseignements sur la personne blessée ou qui soumet le formulaire

Nom :	Prénom :
Téléphone à la maison :	Téléphone au travail ou cellulaire :
Courriel :	Matricule de Concordia :
Département ou service :	Syndicat ou association :
Statut : <input type="checkbox"/> Corps professoral/Personnel <input type="checkbox"/> Ph. D./Postdoc. <input type="checkbox"/> Étudiant des cycles supérieurs <input type="checkbox"/> Étudiant du 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Fournisseur externe <input type="checkbox"/> Visiteur	

## Détails

<input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Quasi-accident (sans blessure) <input type="checkbox"/> Autre : _____		
Date de l'incident (AAAAMMJJ) :	Heure :	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi
Lieu de l'incident Campus :	Bâtiment :	Étage et salle :
Description de la situation et des circonstances :		

## Détails sur la blessure et le traitement médical

Y a-t-il eu une blessure? (Le cas échéant, décrire la blessure en prenant soin d'indiquer la ou les parties du corps atteintes) :

S'il y a eu blessure, cocher l'une des cases suivantes :	
<input type="checkbox"/> Aucuns premiers soins prodigués; retour au travail, aux activités d'enseignement ou autres activités.	<input type="checkbox"/> Premiers soins prodigués; retour au travail, aux activités d'enseignement ou autres activités.
<input type="checkbox"/> Arrêt du travail, des activités d'enseignement ou autres, et retour à la maison.	<input type="checkbox"/> Arrêt du travail, des activités d'enseignement ou autres pour consulter un médecin.
<input type="checkbox"/> Consultation d'un médecin; retour au travail, aux activités d'enseignement ou autres activités.	<input type="checkbox"/> Refus de traitement.

Qui a prodigué les premiers soins, le cas échéant?  Service de sécurité  Équipe d'intervention d'urgence de Concordia  Moi-même  Service de santé

Autre \_\_\_\_\_

## Autres détails

Portiez-vous de l'équipement de protection individuelle? Le cas échéant, précisez quel équipement :

Aviez-vous reçu une formation avant d'effectuer la tâche? :  Oui  Non  S.o.

# DÉCLARATION DE BLESSURE OU DE QUASI-ACCIDENT

Comment aurait-on pu éviter la blessure ou le quasi-accident? Mesures correctives pour éviter que la chose ne se reproduise.

Avez-vous avisé le Service de sécurité?  Oui  Non  S.o.

## Renseignement sur le témoin (le cas échéant)

Nom :  Prénom :

Téléphone :

## Détails sur le superviseur ou l'enseignant

Nom :  Prénom :

Département ou service :

Téléphone :  Courriel :

Avez-vous avisé votre superviseur de la blessure dans les 24 heures suivant sa survenue?

Oui  Non Expliquez pourquoi :   S.o.

En soumettant ce formulaire, la personne blessée ou celle qui rapporte l'incident autorise le Service de santé, sécurité et environnement à transmettre aux autres parties intéressées (notamment à la CSST, au besoin) les renseignements qui y figurent. Se reporter à la politique *Déclaration de blessures et d'incidents et enquête subséquente* (VPS-42) pour obtenir plus d'information.

Personne blessée ou qui rapporte l'incident

Signature :

Date :

Si le présent formulaire a été rempli par une personne autre que la personne blessée, fournir les renseignements suivants :

Formulaire rempli par : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>
Signature : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>
Si le formulaire est rempli par le Service de sécurité : La personne a-t-elle été transportée par ambulance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

## À l'usage du Service de santé, sécurité et environnement seulement

Numéro de référence :  Examiné par :  Date :