

DÉCLARATION DE BLESSURES OU DE QUASI-ACCIDENTS

Remarque : Le masculin est utilisé pour faciliter la lecture.

La personne blessée ou l'informateur doit remplir les sections A et B du présent formulaire, le signer et le dater, puis le remettre à son supérieur immédiat ou à son instructeur dans les 24 heures qui suivent la survenue de la blessure. En soumettant ce formulaire, la personne blessée ou l'informateur autorise le Service Environnement, santé et sécurité à transmettre aux autres parties intéressées (notamment à la CNESST, au besoin) les renseignements qui y figurent. Se reporter à la politique Déclaration de blessures et enquête (VPS42) pour obtenir plus d'information.

Section A : Renseignements Personne blessée/informateur	
Nom :	Prénom :
Tél. (résidence) :	Tél. (bureau ou cellulaire) :
Courriel :	Matricule à Concordia :
Département ou service :	Syndicat ou association :
Statut: <input type="checkbox"/> Professeur/employé <input type="checkbox"/> Doctorat/Postdoc <input type="checkbox"/> Étudiant – Cycles supérieurs <input type="checkbox"/> Étudiant – 1 ^{er} cycle <input type="checkbox"/> Entrepreneur externe <input type="checkbox"/> Visiteur	
Section B : Description de la blessure ou du quasi-accident	
<input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle <input type="checkbox"/> Quasi-accident (sans blessure) <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Dans le cas d'une blessure ou d'une maladie professionnelle, le supérieur immédiat doit remplir les sections C et D.	
Date de survenue (AAAA-MM-JJ) :	Heure : <input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi
Lieu de survenue	
Campus :	Pavillon : Étage et n° de salle :
Description de la situation et des circonstances :	
Vous êtes-vous blessé? (Le cas échéant, décrire la blessure en prenant soin d'indiquer la ou les parties du corps atteintes) :	
Comment aurait-on pu éviter la blessure ou le quasi-accident? Mesures correctives pour éviter que la situation ne se reproduise.	
Les premiers soins ont-ils été prodigués? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le cas échéant, par qui? <input type="checkbox"/> Sécurité <input type="checkbox"/> Équipe d'intervention d'urgence <input type="checkbox"/> Soi-même <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nom du témoin : _____ Tél. : _____	
Personne blessée/informateur Signature :	Date :

Ce côté à compléter par la personne blessée / informateur

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

Formulaire rempli par :	Tél. :
Signature :	Date :

Le supérieur ou l'instructeur doit remplir les sections C et D au verso du présent formulaire (page 2).

Environnement, santé et sécurité SGW GM-1000-00 514 848 2424, poste 4877 Courriel : ehs@concordia.ca
Web: concordia.ca/ehs

DÉCLARATION DE BLESSURES OU DE QUASI-ACCIDENTS

Le supérieur immédiat ou l'instructeur doit remplir les sections C et D du présent formulaire, le signer, le dater et le faire parvenir au Service Environnement, santé et sécurité dans les 24 heures qui suivent la survenue de la blessure.

Section C : Renseignements Supérieur immédiat/instructeur		
Nom :	Prénom :	
Département ou service :		
Tél. :	Courriel :	
Si la blessure a été signalée plus de 24 heures après sa survenue, en préciser la ou les raisons :		
Dommages matériels : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le cas échéant, décrire les dommages : Valeur approximative :		
Section D : Enquête préliminaire		
Vous êtes-vous immédiatement rendu sur les lieux de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quels sont les facteurs ayant conduit à l'accident (p. ex., équipement non sécuritaire, manque de formation, etc.)?		
Quelles sont les mesures correctives en voie d'être mises en place pour éviter que la situation ne se reproduise?		
La ou les personnes impliquées ont-elles reçu une formation ou des directives quant à la façon d'exécuter le travail ou l'activité en question? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Commentaires (renseignements additionnels sur la blessure).		
S'il y a eu blessure, cocher l'une des cases suivantes : <input type="checkbox"/> Aucuns premiers soins prodigués; retour au travail ou aux activités d'enseignement <input type="checkbox"/> Premiers soins prodigués; retour au travail ou aux activités d'enseignement <input type="checkbox"/> A été vu par un médecin; retour au travail ou aux activités d'enseignement	<input type="checkbox"/> A été vu par un médecin; retour au travail; tâches légères jusqu'à nouvel ordre <input type="checkbox"/> A été vu par un médecin; perte de temps de travail <input type="checkbox"/> Refus de traitement	
Supérieur immédiat/instructeur Signature :	Date :	
À l'usage du Service ESS seulement		
N° de référence :	Examiné par :	Date :
<input type="checkbox"/> Avantages sociaux <input type="checkbox"/> Gestion des risques <input type="checkbox"/> Comité de santé et de sécurité _____ Représentant du syndicat _____ Supérieur _____ Environnement, santé et sécurité _____ # Rapport Sécurité _____		

Ce côté à compléter par le superviseur / instructeur