

Date de l'incident : _____ Heure : _____

Incident rapporté le : _____

Numéro de l'événement : _____

Rapport d'accident, d'incident et de premiers secours

Formulaire SASF-071

1. Identité de la personne blessée ou malade

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Unité administrative : _____
 Employé : Matricule : _____ Appellation d'emploi : _____ Syndicat : _____
 Étudiant : Code permanent : _____
 Autre personne : Téléphone (maison) : _____ Téléphone (UdeM) : _____

2. Description de l'incident et de la blessure ou du malaise

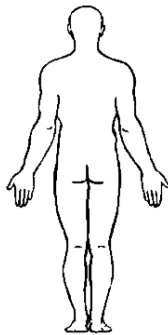
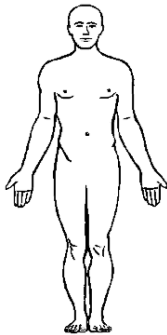
ATTENTION! Les incidents mineurs et les situations dangereuses doivent aussi être déclarés.

S'agit-il d'un **accident de travail**? Oui Non Si oui, faire remplir la section 5 par le supérieur immédiat de l'employé.

Pavillon : _____ Adresse : _____ Local : _____

Bureau Salle de cours Résidences Stationnement Patinoire Piscine Gymnase Bibliothèque
 Librairies Laboratoire Vestiaires Cafétéria Autre (spécifiez) : _____

Occupation lors de l'incident (fournir le plus de détails possible) :



Description de la blessure ou du malaise :

Nature des premiers secours apportés :

Retour immédiat au travail ou aux activités scolaires : Oui Non

L'incident a-t-il créé des dommages matériels? Oui Non

Description des dommages matériels :

3. Transport de la personne blessée ou malade

Aucun _____ Clinique de l'UdeM _____ Hôpital : _____
Par : Urgences-santé _____ Heure de l'appel : _____ Heure d'arrivée : _____
Numéro du véhicule : _____ Matricule de l'ambulancier : _____

4. REFUS DE SOINS ou DE TRANSPORT (à faire remplir par la personne blessée ou malade qui refuse les soins)

« Je refuse de recevoir les premiers soins ou d'être transporté dans un centre médical, et ce, contre l'avis des responsables en devoir. Je libère l'Université de Montréal de toute responsabilité découlant de mon refus. »

Signature de la victime

Date

5. Enquête préliminaire sur l'incident (à faire remplir par le supérieur immédiat de l'employé)

N.B. : Cette section doit être remplie pour tous les accidents et incidents au travail, qu'il y ait arrêt des activités ou non.

Avez-vous effectué une visite immédiate des lieux de l'incident? Oui Non

Avez-vous remarqué des conditions particulières ayant contribué à cet incident? Oui Non

Description :

Êtes-vous en mesure de déterminer la ou les causes probables de l'incident? Oui Non

Équipement (ex. : bris de matériel, produit dangereux, équipement de protection individuelle non porté)

Environnement (ex. : aménagement, éclairage, bruit, état des lieux, température)

Tâche (ex. : méthode de travail, connaissance de la tâche, posture de travail, cadence de travail)

Organisation (ex. : planification du travail, organisation du travail, entretien, équipement inapproprié, formation)

Autre (précisez) : _____

Mesures préventives mises en place :

Mesures correctrices recommandées :

6. Identité des intervenants

Nom de l'agent ou des agents de la Sûreté : _____

Signature de l'intervenant : _____

Nom du secouriste : _____ Téléphone : _____

Autre(s) témoin(s) : _____ Téléphone : _____

7. Signatures

Je souhaite recevoir une copie du formulaire par courriel.

Adresse courriel de la personne blessée ou malade : _____

« Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans la présente soient communiqués à qui de droit aux fins de traitements et suivis administratifs. »

Nom en lettres moulées de la personne blessée ou malade

Signature de la personne blessée ou malade

Date

Nom en lettres moulées du supérieur immédiat

Signature du supérieur immédiat

Date

8. Transmission de la copie originale du formulaire

Si la personne blessée ou malade est :

Un employé – Veuillez transmettre ce formulaire à la **DRH 7077, avenue du Parc (5^e étage)**

Un étudiant ou une personne du public – Veuillez transmettre ce formulaire à la **DPS-SST Pavillon Roger-Gaudry (Local G-535)**

La personne qui complète ce formulaire doit en conserver une copie.