



Rapport de blessure/incident/maladie/danger

Veillez remettre au bureau de Service environnement, santé et sécurité
(Courrier interne GM-1100-50, ou télécopieur 2807)

*En soumettant ce formulaire, vous autorisez le département Environnement, Santé et Sécurité à distribuer l'information aux parties concernées, qui pourraient inclure la CSST.

| | | | | |
|--|------------|--|--------------|--------------------|
| ESPACE RESERVÉ: Réf. #: _____ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> O | | | | |
| cc: Superviseur: _____ | | Agent de Prévention: _____ | | |
| Représentant Syndical _____ | | Comité de Santé et Sécurité: _____ | | |
| ESS: _____ | | Autre: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Incident (aucune blessure) <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Danger | | | | |
| Date de l'événement (m/j/a): _____ Heure: _____ <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm | | | | |
| Brève description de l'événement : _____ | | | | |
| Y a t-il des mesures correctives nécessaires, recommandations... _____ | | | | |
| 2. COORDONÉES de la VICTIME ou PLAIGNANT: | | | | |
| Nom de Famille: _____ | | Prénom: _____ | | Âge: _____ |
| Téléphone (domicile): _____ | | Téléphone (bureau): _____ | | |
| Adresse (domicile): _____ | | | | |
| <i>Numéro</i> | <i>Rue</i> | <i>App.</i> | <i>Ville</i> | <i>Code Postal</i> |
| <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Mâle | | | | |
| ID # : _____ | | | | |
| Statut: (Au moment de l'événement) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Employé à temps plein | | <input type="checkbox"/> Étudiant non gradué | | |
| <input type="checkbox"/> Employé à temps partiel | | <input type="checkbox"/> Étudiant gradué | | |
| <input type="checkbox"/> Contractuel | | <input type="checkbox"/> Entrepreneur | | |
| <input type="checkbox"/> Visiteur | | | | |
| Département: _____ | | | | |
| Superviseur: _____ | | | | |
| Nom du syndicat/association: _____ | | | | |

3. DESCRIPTION de L'ÉVÉNEMENT:

Campus: SGW LOY

Immeuble et pièce: _____

Endroit: (veuillez cocher une case, si autre, précisez):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> bureau | <input type="checkbox"/> entrée | <input type="checkbox"/> atelier/studio d'enseignement |
| <input type="checkbox"/> salle de cours | <input type="checkbox"/> auditorium | <input type="checkbox"/> toit |
| <input type="checkbox"/> laboratoire | <input type="checkbox"/> hors campus | <input type="checkbox"/> toilette |
| <input type="checkbox"/> bibliothèque | <input type="checkbox"/> site de construction | <input type="checkbox"/> cafétéria |
| <input type="checkbox"/> corridor/passages | <input type="checkbox"/> escalier/ascenseur | <input type="checkbox"/> résidences |
| <input type="checkbox"/> gymnase/terrain de football/patinoire | <input type="checkbox"/> stationnement | <input type="checkbox"/> bar |
| <input type="checkbox"/> quai de chargement | <input type="checkbox"/> à l'extérieur sur le campus | <input type="checkbox"/> autre: (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> centrale thermique/chambre mécanique | <input type="checkbox"/> atelier de gestion immobilière/IITS | |

4. **BLESSURE:** oui non (si non, procédez au numéro suivant)

Type de blessure: _____

Partie du corps affectée: _____

Soins à la victime : Aucun Premiers soins sur place Services de santé

Médecin de famille Clinique Hôpital

Traitements administrés par: _____ Date de traitement (m/j/a): _____

Transport requis: non oui → Si oui: ambulance taxi voiture

Transport refusé: non oui → Si oui, précisez la raison: _____

Employé(e) seulement: Conséquence de la blessure:

- aucune administration de premiers soins, retour au travail
- administration de premiers soins, retour au travail
- examiné par un médecin, retour au travail
- examiné par un médecin, retour au travail léger
- examiné par un médecin, perte de temps
- refusé traitement médical

S'il y avait perte de temps au travail, précisez combien de temps: _____

Signature: _____ Date (m/j/a): _____

Si la victime ne peut pas compléter le rapport d'accident/incident/maladie professionnelle, le rapport devrait être complété par un témoin ou un superviseur.

Complété par: _____ Date (m/j/a): _____

Département: _____ Téléphone : _____