



FORMULAIRE DÉCLARATION INCIDENT/ACCIDENT

INFORMATION SUR L'INCIDENT/ACCIDENT					
Prénom et nom du membre du personnel					
Titre du poste occupé				Numéro de téléphone (personnel ou travail)	
Sexe (genre) (cochez la case appropriée)	Masculin		Féminin		Autre
Service					
Programme					
Adresse du lieu de travail					
Nbr d'heures de travail/semaine				Horaire de travail (heure début et heure de fin) de la journée de l'incident/accident	
Nom du superviseur					
Titre du poste du superviseur					
Date de l'incident/accident (JJ/MM/AAAA)				Heure de l'incident/accident	
Lieu où s'est produit l'incident/accident (svp mettre un « X » pour le lieu concerné)					
Bureau				Corridor	
Stationnement				Salle de classe	
Escalier				Autre (svp précisez)	
Détails des circonstances entourant l'incident/accident					

Type d'incident/accident		Lésion du corps touché	
Événement soudain et précis		Tête	
Apparition graduelle		Haut du corps (svp précisez)	
Maladie Professionnelle		Bas du corps (svp précisez)	
Prénom et nom de la personne à qui l'incident/accident a été rapporté			
Titre du poste de la personne à qui l'incident/accident a été rapporté			
Date à laquelle l'incident/l'accident a été rapporté (JJ/MM/AAAA)		Heure à laquelle l'incident/l'accident a été rapporté	

INFORMATION SUR AUTRES PERSONNES IMPLIQUÉES/TÉMOINS			
Prénom et nom du membre du personnel			
Titre du poste occupé			
Personne blessée (indiquer « oui » si c'est le cas):		Personne témoin (indiquer « oui » si c'est le cas)	
Service		Programme	
Adresse du lieu de travail		Numéro de téléphone	
Nom du superviseur			
Titre de poste du superviseur			
Prénom et nom du membre du personnel			
Titre du poste occupé			
Personne blessée (indiquer « oui » si c'est le cas):		Personne témoin (indiquer « oui » si c'est le cas)	
Service		Programme	
Adresse du lieu de travail		Numéro de téléphone	
Nom du superviseur			
Titre de poste du superviseur			

PREMIERS SOINS

Type de premiers soins prodigués (le cas échéant, cochez la case à côté des types de soins prodigués) :

Nettoyage de coupures, d'éraflures et d'égratignures mineures		Application de bandages ou de pansements	
Traitement d'une brûlure mineure		Application de compresses froides ou de sacs de glace	
Pose d'une attelle		Changement d'un bandage ou d'un pansement lors d'une visite de suivi	
Autre soin, indiquer lequel			

Qui a prodigué les premiers soins

Membre du personnel

Prénom et nom du membre du personnel			
Titre du poste occupé			
Service		Programme	
Adresse du lieu de travail		Numéro de téléphone	
Date à laquelle les premiers soins ont été prodigués		Heure à laquelle les premiers soins ont été prodigués :	

Professionnel de la santé

Clinique médicale (svp indiquer laquelle)			
Hôpital (svp indiquer lequel)			
Date à laquelle les premiers soins ont été prodigués		Heure à laquelle les premiers soins ont été prodigués	

ABSENCE DU TRAVAIL (le cas échéant)

Date de début de l'absence		Heure	
Date de retour au travail			
Certificat médical remis (indiquer « oui » le cas échéant et le faire parvenir aux RH)			

Nom de la personne qui a rempli le présent formulaire			
Titre du poste			
Signature		Date	