

RAPPORT D'ÉVÉNEMENT OU D'ACCIDENT DE TRAVAIL SST

ACCIDENT DE TRAVAIL : VOUS DEVEZ DÉCLARER VOTRE ACCIDENT OU ÉVÉNEMENT LE PLUS TÔT POSSIBLE AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES ET AVISER VOTRE SUPÉRIEUR.E IMMÉDIAT.E

DATE DE L'ÉVÉNEMENT :

HEURE DE L'ÉVÉNEMENT :

RENSEIGNEMENTS DE LA PERSONNE

Nom et prénom :	
Date de naissance :	
Fonction :	
Unité administrative :	
Statut :	<input type="checkbox"/> Étudiant.e <input type="checkbox"/> Employé.e <input type="checkbox"/> Externe

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Lieu précis et description : (conditions climatiques, état des lieux, encombrement, éclairage, bruit, température, ventilation, vibration, taux humidité, etc.)	
Description : (qu'est-ce qui est arrivé?, récit de l'événement, travail urgent, heures supplémentaires, autre événement préalable ou au même moment, etc.)	
Témoin(s) :	
Équipement en cause : (outils/véhicules/ÉPI/produits/matériaux, état/absence/nuisance/entretien, etc.)	

Absenté du travail après l'événement?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Premiers soins :	<input type="checkbox"/> Secouriste	<input type="checkbox"/> Sécurité UQAC	<input type="checkbox"/> Externe (police, ambulance)

CAUSE DE LA BLESSURE

<input type="checkbox"/> Chute/ chute objet	<input type="checkbox"/> Harcèlement	<input type="checkbox"/> Collision	<input type="checkbox"/> Agression
<input type="checkbox"/> Effort physique	<input type="checkbox"/> Choc électrique	<input type="checkbox"/> Éclair soudure	<input type="checkbox"/> Explosion
<input type="checkbox"/> Contact substance nocive ou dangereuse	<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Radiation	
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Crise de panique	

PARTIE(S) DU CORPS TOUCHÉE(S)

Côté du corps le plus touché : Gauche Droit

<input type="checkbox"/> Visage		<input type="checkbox"/> Tête	
<input type="checkbox"/> Oeil		<input type="checkbox"/> Oreille	
<input type="checkbox"/> Bouche		<input type="checkbox"/> Épaule	
<input type="checkbox"/> Cou, gorge		<input type="checkbox"/> Dos	
<input type="checkbox"/> Poitrine		<input type="checkbox"/> Bras	
<input type="checkbox"/> Abdomen		<input type="checkbox"/> Coude	
<input type="checkbox"/> Bassin		<input type="checkbox"/> Avant-bras	
<input type="checkbox"/> Hanche		<input type="checkbox"/> Poignet	
<input type="checkbox"/> Appareil génital		<input type="checkbox"/> Main	
<input type="checkbox"/> Cuisse		<input type="checkbox"/> Doigt	
<input type="checkbox"/> Genou		<input type="checkbox"/> Siège/Coccyx	
<input type="checkbox"/> Pied		<input type="checkbox"/> Jambe	
<input type="checkbox"/> Orteil		<input type="checkbox"/> Cheville	
<input type="checkbox"/> Autre :			

SIGNATURE



Signature :	
Date :	

RÉSERVÉ AU SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

Signature du/de la responsable RH :	
Date de déclaration au SRH :	

Transmettre votre déclaration d'accident de travail : enregistrer ce rapport sur votre ordinateur et le transmettre par courriel en pièce jointe au SRH@uqac.ca.