



Rapport de blessure/incident/maladie/danger

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

ESPACE RESERVÉ: Réf. #: _____ A I P H O

cc: Superviseur: _____ Agent de Prévention: _____

Représentant Syndical _____ Comité de Santé et Sécurité: _____

ESS: _____ Autre: _____

1. TYPE D'ÉVÈNEMENT:

Blessure Incident (aucune blessure) Maladie Danger

Date de l'évènement (m/j/a): _____ Heure: _____ am pm

Brève description de l'évènement : _____

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): _____
Numéro Rue App. Ville Code Postal

Femelle Mâle

ID # : _____

Statut: (Au moment de l'évènement)

Employé à temps plein Étudiant non gradué
 Employé à temps partiel Étudiant gradué
 Contractuel Entrepreneur
 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 : _____