

Formulaire de déclaration d'évènement - Santé et sécurité au travail

1. Identité de la personne blessée ou malade

Au moment de l'accident, vous étiez : Employé Étudiant Entrepreneur Visiteur Étudiant stagiaire

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ (AAAA/MM/JJ)

Téléphone : _____ Courriel : _____

Département : _____

Employé : Fonction régulière : _____

Étudiant : Code permanent : _____

Étudiant habitant en résidence

2. Description de l'évènement

S'agit-il de : Accident Incident (ouf) Bris matériel Malaise

Date de l'évènement : _____ (AAAA/MM/JJ)

Heure de l'évènement : _____ AM/PM

Évènement rapporté le (date et heure): _____ Conditions climatiques: _____

Lieu : (Campus, site) _____

Précisez (ex. : local, nom du cours, secteur, etc.) : _____

Description de l'évènement (Que s'est-il passé? Pourquoi? Quelle était la tâche en cours? etc.) :

Description des dommages matériels (s'il y a lieu) :

Nom du (des) témoin(s) : _____ Téléphone : _____

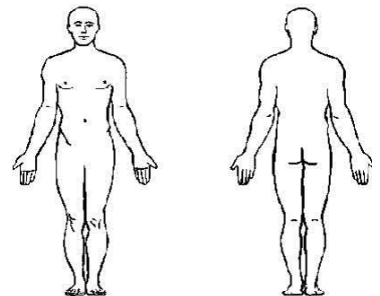
3. Blessure ou Malaise

- CAUSE :
- Frappé par
 - Frappé sur
 - Coincé dedans ou entre
 - Corps étranger
 - Contact avec produit
 - Chute de même niveau
 - Chute
 - Condition personnelle
 - Lésion par répétition
 - Autre _____

- NATURE :
- Malaise
 - Intoxication
 - Égratignure
 - Coupure
 - Brûlure
 - Entorse/foulure
 - Écrasement
 - Fracture
 - Contusion
 - Douleur
 - Autre _____

Partie du corps affectée : _____

- Droit
- Gauche



Nature des premiers secours apportés :

Nom du secouriste : _____ Téléphone : _____

Retour immédiat au travail ou aux activités scolaires : Oui Non

4. Quelle(s) mesure(s) pourrait(ent) être mise(s) en place pour prévenir la répétition de l'évènement?

Suggestion pour éviter que la situation se reproduise :

5. Transport de la personne blessée ou malade

Par : Taxi Ambulance Aucun Autre, précisez :

Heure de l'appel :

Fin de l'intervention :

6. Signatures

Nom en lettres moulées de la personne blessée ou malade

Signature de la personne blessée ou malade

Date

Nom en lettres moulées du superviseur

Signature du superviseur

Date

Section s'adressant aux étudiants seulement :

«J'autorise le Cégep à communiquer les renseignements indiqués sur ce formulaire à l'infirmière du Cégep et à mon aide pédagogique individuel»

Oui

Non

Initiales de l'étudiant : _____

Le formulaire doit être complété, signé puis retourné à l'adresse suivante :
declaracionevenement@cegepat.qc.ca
ou encore acheminé format papier au Service des ressources humaines.

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

« Je déclare avoir refusé de mon plein gré les traitements ou le transport à l'hôpital, malgré l'avis des secouristes; je dégage donc le Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et son personnel et toute personne ayant agi à titre de secouriste de toute responsabilité découlant d'un tel refus.»

Signature de la victime

Date