

Rapport d'événement, accident, d'incident et de premiers secours

1. Identité de la personne blessée ou malade

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

Nom : _____ Prénom : _____

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

Téléphone : _____ Courriel : _____

Département : _____

Employé : Fonction régulière : _____

Étudiant : Code permanent : _____

2. Description de l'événement

S'agit-il de : **Accident** **Incident (ouf)** **Bris matériel** **Malaise** **Situation à risque**

Date de l'évènement : _____ (AAA/MM/JJ) Heure de l'évènement : _____ AM/PM

Évènement rapporté le (date et heure): _____

Lieu : (Campus, site) _____

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

Description de l'événement (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

<p>CAUSE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Frappé par Frappé sur Coincé dedans ou entre Corps étranger Contact avec produit Chute de même niveau Chute Condition personnelle Lésion par répétition Autre _____ 	<p>NATURE :</p> <ul style="list-style-type: none"> Malaise Intoxication Égratignure Coupure Brûlure Entorse/foulure Écrasement Fracture Contusion Douleur Autre _____ 	<p>Partie du corps affectée : _____</p> <p style="text-align: center;">Droit Gauche</p> <div style="text-align: center;"> </div>
--	---	---

Nature des premiers secours apportés :

Nom du secouriste : _____ Téléphone : _____

Signature du secouriste : _____

Retour immédiat au travail ou aux activités scolaires : Oui Non

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

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

Date

Le formulaire doit être signé puis retourné à l'équipe santé et sécurité par courriel à santesecurite@uqat.ca

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 l'Université du Québec en 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