

DÉCLARATION D'ACCIDENT OU QUASI-INCIDENT

Avis de confidentialité – Le présent rapport, ainsi que tout fichier qui y est joint, est envoyé à l'intention exclusive de son ou de ses destinataires; il est de nature confidentielle et peut constituer une information privilégiée.			
Destinataire : Préposée au service des ressources humaines Téléphone : poste 309 Courriel : mlgratton@ustboniface.ca			
PARTIE 1 : À REMPLIR PAR LA PERSONNE QUI ASSISTE LA VICTIME			
Rapport rempli par : _____ Date et temps de l'accident/de l'incident : _____			
Type de rapport : ☐ Blessure ☐ Maladie professionnelle ☐ Quasi-incident (<i>near-miss</i>) ☐ Autre	Nom de la personne blessée : _____ La personne blessée est : ☐ Employé(e) ☐ Étudiant(e) ☐ Visiteur ou bénévole ☐ Contractuel		
	Sexe : ☐ F ☐ H ☐ Autre	Âge : _____	
Adresse domiciliaire, numéro de téléphone ou adresse courriel de la personne blessée : _____	Nom de la ou des personnes assistant la victime et leur numéro de téléphone ou adresse courriel : _____	Témoins (nom et numéro de téléphone) : _____	
Nature de la blessure; partie du corps blessée : _____			
Travail effectué ou tâche effectuée au moment de l'accident ou de l'incident, et lieu où l'accident ou l'incident s'est produit : _____		Gravité de la blessure : ☐ Premiers soins ☐ Jours de travail perdus ☐ Jours de travail restreints ☐ Traitement médical (médecin) ☐ Décès	
		Nom et adresse du médecin traitant si connue (ou nom de l'hôpital) : _____ Date de la visite : _____	
Objet, équipement ou substance ayant causé la blessure ou la maladie : _____		Des premiers soins ont été prodigués : ☐ oui ☐ non Nom et numéro de téléphone de la personne ayant prodigué les premiers soins : _____	
PARTIE 2 : À COMPLÉTER PAR LA VICTIME			
Nom du superviseur (ou du professeur si la victime est un(e) étudiant(e) : _____		Nombre de jours de travail perdus : _____ (s'il y a lieu)	

Décrire l'évènement avec le plus de détails possibles (quoi, qui, quand, où, comment) en mentionnant l'hypothèse de ce qui aurait pu occasionner l'accident ou l'incident ou y avoir contribué (ex. : lumières défectueuses). Ajouter du papier, si nécessaire, et le joindre au formulaire.

Décrire la ou les conséquences de l'accident ou de l'incident : blessures, dommages à l'équipement, etc.

Décrire les mesures correctives qui devraient être prises immédiatement pour corriger la situation afin d'éviter que celle-ci ne se reproduise.

Y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

SIGNATURES

Employé(e)/étudiant(e) : _____ **Date :** _____

Gestionnaire : _____ **Date :** _____

Ressources humaines : _____ **Reçu le :** _____

**Copie : Direction des services aux étudiants
Direction des installations et de la sécurité
Service de la Paie (contactera WCB au besoin)**

Réservé aux RH

La personne est allée :

☐ à l'hôpital ☐ à la maison ☐ de retour au travail ☐ autre

Causes directes de l'accident ou de l'incident :

Causes indirectes de l'accident ou de l'incident :
