

Réservé
DSAT
 GESSS :
 Fermé À classer
 Par : _____

1. Type

Cochez :

- Accident : Lésion entraînant une perte de temps ou une consultation médicale → Remplir sections 1 à 8
- Aggravation Récidive Rechute : → Remplir sections 1, 2, 3, 6, 7, 8
- Incident : Lésion nécessitant des premiers secours → Remplir sections 1 à 8
- Maladie professionnelle : Contractée par le fait ou à l'occasion du travail → Remplir sections 1, 2, 3, 6, 7, 8
- Malaise : Altération de la santé, mauvais état de l'organisme ayant nécessité des premiers secours seulement (sans accident ou incident) → Remplir sections 1, 2, 3, 4, 6 et 8
- Quasi-accident : Similaire à un incident ou un accident à la seule différence qu'il n'entraîne aucune lésion ou maladie, mais est à fort potentiel de gravité → Remplir sections 1, 2, 3, 5, 7 et 8
- Retrait préventif : → Remplir sections 1, 2, 3, 8

Remplir et retourner par la personne touchée avant de quitter le Cégep ou dès que possible (0 à 24 heures suivant l'évènement) au Service de sûreté, santé et sécurité (bureau 617.0E).

2. Date et lieu

Date de l'évènement (année / mois / jour) : _____ Date de déclaration (année / mois / jour) : _____

Heure : _____ AM PM Heure : _____ AM PMLieu de l'évènement : _____
(préciser le numéro du local, l'endroit)1^{er} Témoin de l'évènement :2^e Témoin de l'évènement :

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

N° téléphone : rés. : () _____ N° téléphone : rés. : () _____

autre : () _____ autre : () _____

3. Personne touchée et évènement

Nom et prénom : _____ N° téléphone : rés. : () _____

autre : () _____

Sexe : F M Date de naissance : _____

Type de personne touchée :

 Travailleur : Direction, département ou service : _____

Métier ou profession : _____

Gestionnaire en autorité : _____

 Élève inscrit au Cégep en activité pédagogique : Activité lors de l'évènement : _____

Personne en autorité de l'activité : _____

 Élève inscrit au Cégep hors activité pédagogique : Activité lors de l'évènement : _____

Personne en autorité de l'activité : _____

 Autre Spécifier : _____
 Décrire minutieusement comment est survenu l'évènement, les causes et les faits. Au besoin, attacher en annexe diagramme ou dessin :

4. Premiers secours

Décrire les premiers secours :

Retour au travail, en classe ou en activité : Oui Non

Heure du retour au travail, en classe ou en activité : _____

Si non, la personne a été transportée : À la maison À l'hôpital Autre Spécifier : _____Indiquer le moyen de transport utilisé : Voiture Taxi Ambulance Autre Spécifier : _____

Nom et prénom du secouriste : _____

 Sûreté; Cégep : _____

5. Dommage

Dommage matériel :

Mur, plancher, stationnement, etc. : Oui NonLunettes, prothèse ou orthèse : Oui Non

Valeur approximative : _____

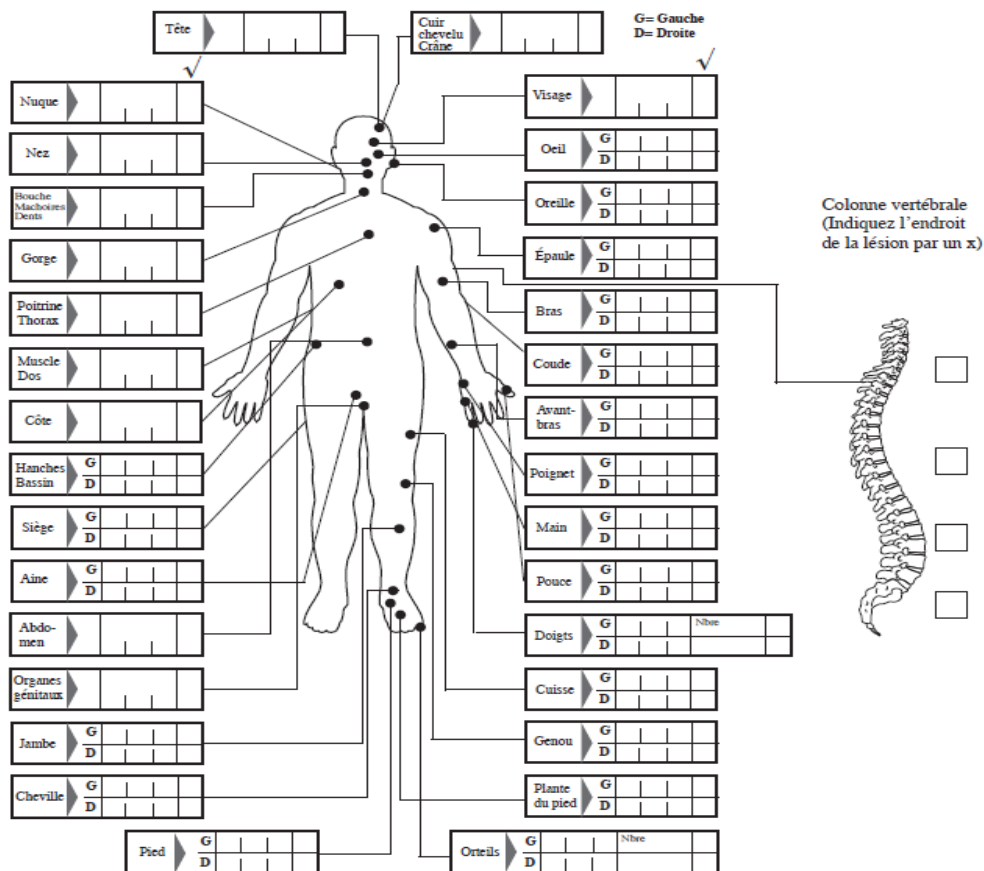
Décrire les dommages :

Cochez:**1) Nature de la lésion**

- Description des blessures**
Cochez les cases appropriées.
- Endroit douloureux
 - Entorse, foulure, luxation
 - Fracture
 - Plaie superficielle, égratignure, éraflure, piqûre, écharde, pénétration de corps étranger
 - Plaie profonde, coupure, lacération, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
 - Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais peau intacte
 - Déchirure musculaire, élongation tendineuse
 - Amputation, perte d'un oeil, d'ongles ou de dents
 - Électrocution
 - Brûlure, gelure, radiation (*flash*)
 - Arthrite, bursite, tendinite
 - Évanouissement spontané sans choc physique
 - Évanouissement après choc physique, commotion cérébrale
 - Intoxication, empoisonnement ou infection générale
 - Asphyxie, noyade, strangulation
 - Maladie de la peau, allergies
 - Bris de prothèse
 - Lésion interne
 - Autres blessures (hernie, maladie contagieuse, surdité, etc.) précisez _____

2) Parties du corps touchées

G= Gauche
D= Droite



Colonne vertébrale (Indiquez l'endroit de la lésion par un x)

Légende → G : Gauche D : Droite

Précision :

Quelles corrections immédiates ont été prises ou quelles mesures correctives ou préventives seront prises pour éliminer ou réduire le risque de récurrence?

Date :	Mesures correctives ou préventives :	Responsable :

7. Réduction du risque

8. Signature

Nom et prénom de la personne ayant rempli ce formulaire : _____ **Date :** _____

Signature : _____ **Date :** _____

9. Réservé

c. c. : **Gestionnaire en autorité** : Travailleur ou autre; Gestionnaire en autorité _____ Initiales : _____ Date : _____
 Élève inscrit au Cégep activité pédagogique; DE _____ Initiales : _____ Date : _____
 Élève inscrit au Cégep hors activité pédagogique; DAEC _____ Initiales : _____ Date : _____
Direction des Ressources humaines : Travailleur _____ Initiales : _____ Date : _____

Archivé :

Fait le : _____ Par : _____