

Déclaration d'évènement; Formulaire



1. TYPE

- 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

À 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 PM
 Lieu de l'évènement : _____
 (préciser le numéro du local, l'endroit)
 1^{er} Témoin de l'évènement : Oui Non 2^e Témoin de l'évènement : Oui Non
 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 Non Valeur approximative : _____
 Lunettes, prothèse ou orthèse : Oui Non

Décrire les dommages :

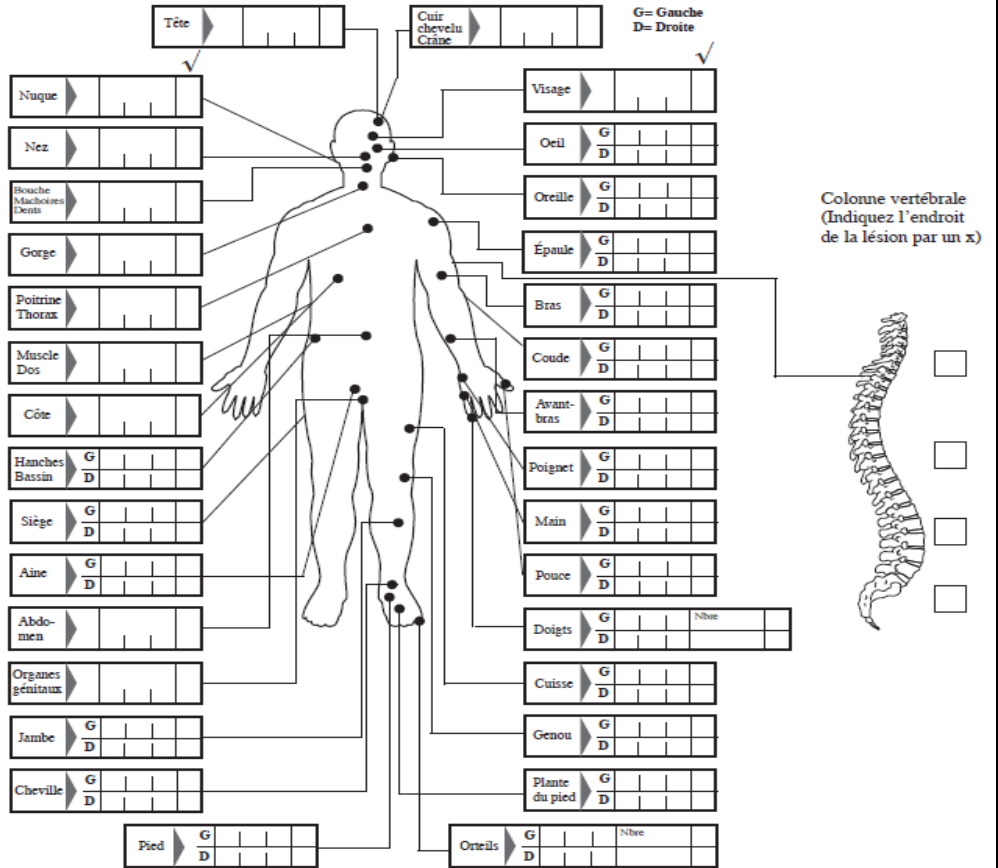
Cocher :

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, laceration, déchirure, plaie ouverte, abcès, furoncle
- Meurtrissure, contusions, écrasement des tissus mous, mais peau intacte
- Déchirure musculaire, elongation 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

LÉGENDE → G :Gauche D : Droite

Précision :

6. LÉSION

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

Date :	Mesures correctives ou préventives :	Responsable :

7. RÉDUCTION DU RISQUE

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

Date : _____

Signature de la personne touchée : _____

Date : _____

8. SIGNATURE

c.c. : Gestionnaire en autorité: Travailleur ou autre; gestionnaire en autorité

Élève inscrit au Cégep en activité pédagogique; DE

Élève inscrit au Cégep hors activité pédagogique; DAEC

Direction des Ressources humaines : Travailleur

Initiales : _____ **Date :** _____

Initiales : _____ **Date :** _____

Initiales : _____ **Date :** _____

Initiales : _____ **Date :** _____

9. RÉSERVÉ