

Date de l'incident : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Incident rapporté le : \_\_\_\_\_

Numéro de l'événement : \_\_\_\_\_

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

Formulaire SASF-071

### 1. Identité de la personne blessée ou malade

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Unité administrative : \_\_\_\_\_  
 Employé : Matricule : \_\_\_\_\_ Appellation d'emploi : \_\_\_\_\_ Syndicat : \_\_\_\_\_  
 Étudiant : Code permanent : \_\_\_\_\_  
 Autre personne : Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ Téléphone (UdeM) : \_\_\_\_\_

### 2. Description de l'incident et de la blessure ou du malaise

**ATTENTION! Les incidents mineurs et les situations dangereuses doivent aussi être déclarés.**

S'agit-il d'un **accident de travail**?      Oui      Non      Si oui, faire remplir la section 5 par le supérieur immédiat de l'employé.

Pavillon : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_ Local : \_\_\_\_\_

Bureau      Salle de cours      Résidences      Stationnement      Patinoire      Piscine      Gymnase      Bibliothèque  
 Librairies      Laboratoire      Vestiaires      Cafétéria      Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Occupation lors de l'incident (fournir le plus de détails possible) :

---

---

---

---

---

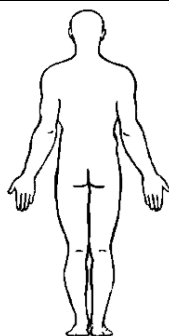
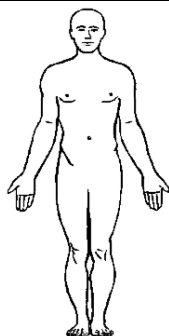
---

---

---

---

---



Description de la blessure ou du malaise :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Nature des premiers secours apportés :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Retour immédiat au travail ou aux activités scolaires :      Oui      Non

L'incident a-t-il créé des dommages matériels?      Oui      Non

Description des dommages matériels :

---

---

---

---

### 3. Transport de la personne blessée ou malade

Aucun                      Clinique de l'UdeM                      Hôpital : \_\_\_\_\_  
Par : Urgences-santé                      Heure de l'appel : \_\_\_\_\_                      Heure d'arrivée : \_\_\_\_\_  
Numéro du véhicule : \_\_\_\_\_                      Matricule de l'ambulancier : \_\_\_\_\_

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

« Je refuse de recevoir les premiers soins ou d'être transporté dans un centre médical, et ce, contre l'avis des responsables en devoir. Je libère l'Université de Montréal de toute responsabilité découlant de mon refus. »

\_\_\_\_\_  
Signature de la victime                      Date

### 5. Enquête préliminaire sur l'incident (à faire remplir par le supérieur immédiat de l'employé)

**N.B. : Cette section doit être remplie pour tous les accidents et incidents au travail, qu'il y ait arrêt des activités ou non.**

Avez-vous effectué une visite immédiate des lieux de l'incident?                      Oui                      Non  
Avez-vous remarqué des conditions particulières ayant contribué à cet incident?                      Oui                      Non  
Description :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Êtes-vous en mesure de déterminer la ou les causes probables de l'incident?                      Oui                      Non  
Équipement (ex. : bris de matériel, produit dangereux, équipement de protection individuelle non porté)  
Environnement (ex. : aménagement, éclairage, bruit, état des lieux, température)  
Tâche (ex. : méthode de travail, connaissance de la tâche, posture de travail, cadence de travail)  
Organisation (ex. : planification du travail, organisation du travail, entretien, équipement inapproprié, formation)  
Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
Mesures préventives mises en place :  
\_\_\_\_\_  
Mesures correctrices recommandées :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 6. Identité des intervenants

Nom de l'agent ou des agents de la Sûreté : \_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant : \_\_\_\_\_  
Nom du secouriste : \_\_\_\_\_                      Téléphone : \_\_\_\_\_  
Autre(s) témoin(s) : \_\_\_\_\_                      Téléphone : \_\_\_\_\_

### 7. Signatures

Je souhaite recevoir une copie du formulaire par courriel.  
Adresse courriel de la personne blessée ou malade : \_\_\_\_\_

**« Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans la présente soient communiqués à qui de droit aux fins de traitements et suivis administratifs. »**

_____ Nom en lettres moulées de la personne blessée ou malade	_____ Signature de la personne blessée ou malade	_____ Date
_____ Nom en lettres moulées du supérieur immédiat	_____ Signature du supérieur immédiat	_____ Date

### 8. Transmission de la copie originale du formulaire

Si la personne blessée ou malade est :  
Un employé – Veuillez transmettre ce formulaire à la **DRH 7077, avenue du Parc (5<sup>e</sup> étage)**  
Un étudiant ou une personne du public – Veuillez transmettre ce formulaire à la **DPS-SST Pavillon Roger-Gaudry (Local G-535)**

**La personne qui complète ce formulaire doit en conserver une copie.**