

Date de l'événement AAAA-MM-JJ Heure         

Événement rapporté le AAAA-MM-JJ

Numéro de l'événement (Sûreté)         

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

**Formulaire SASF-071**

Si vous remplissez le formulaire à la main, veuillez écrire **lisiblement** afin de simplifier le suivi.

### 1. IDENTIFICATION DE LA VICTIME

Nom                                  Prénom                                 

Adresse courriel                                  Téléphone UdeM ou autre                                 

Membre du personnel de l'UdeM → N° employé                                  Unité administrative                                   
 Personne de l'externe → Fonction / titre                                  Syndicat                                 

Étudiante ou étudiant UdeM → N° permanent                                  Êtes-vous stagiaire?  Oui  Non

### 2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

#### A) Lieu de l'événement

Intérieur Pavillon                                  Local                                   
 Nature du local  Bureau  Labo  Animalerie  Classe  Clinique/Salle d'examen  Autre :                                 

Extérieur Spécifiez (ex : stationnement, allée piétonnière, rue, etc.) :                                 

B) Type d'événement  Accident de travail ou d'études  Malaise  Incident *Une blessure aurait pu survenir, mais elle a été évitée*

C) Description détaillée de l'événement | Qu'est-il arrivé? À quel moment? À quel endroit? Comment, dans quelles circonstances? Dans le cadre de quelles tâches, ou de l'utilisation de quel équipement?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### D) Description de la blessure ou du malaise ressenti

Nature de la lésion

- Coupure  Contusion/ecchymose  Griffure  
 Piqûre  Fracture/traumatisme  Trouble musculo-squelettique (entorse, foulure, etc.)  
 Morsure  Intoxication  Autre :

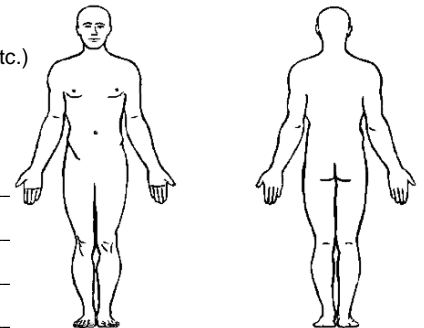
Spécifications supplémentaires sur le siège de la lésion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Siège de la lésion Veuillez encrer **avec précision** l'endroit de la blessure



### 3. INTERVENTION ET TRANSPORT

#### A) Nature des premiers soins et premiers secours apportés, le cas échéant

- L'ABC  SAMPLE  Glace  Désinfection  Lavage/rinçage  Pansement  Calmer/rassurer  
 Position latérale de sécurité  Autre, spécifiez :

**B) Transport** Remplissez cette section uniquement si la victime a eu recours à un transport

1. Véhicule :  Sûreté UdeM  Ambulance  Taxi  Proche ou collègue  Autre : \_\_\_\_\_  
Heure de l'appel : \_\_\_\_\_ Heure d'arrivée : \_\_\_\_\_ N° du véhicule : \_\_\_\_\_
2. Destination :  Domicile  Clinique  Hôpital  Autre : \_\_\_\_\_

**C) Intervenants**

Nom de la ou du secouriste \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Nom de la ou du constable \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

**D) Témoin(s)**

Y a-t-il eu un ou des témoins?  Oui (fournir le ou les noms ci-dessous)  Non  
Nom du ou de la témoin \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
Nom du ou de la témoin \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

**4. REFUS DE SOINS OU DE TRANSPORT** | À faire remplir **UNIQUEMENT** si la personne blessée ou malade 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 AAAA-MM-JJ

**5. SECTION RÉSERVÉE À UNE PERSONNE REPRÉSENTANT L'EMPLOYEUR | SUIVI DE L'ÉVÉNEMENT**

La personne a-t-elle fait un retour immédiat au travail ou à ses activités scolaires?  Oui  Non

L'événement a-t-il occasionné des dommages matériels?  Oui  Non

Si c'est le cas, veuillez fournir une brève description des dommages.

---

---

---

**NOTE IMPORTANTE** | La DPS-SST acheminera le « **Formulaire d'analyse préliminaire de l'événement accidentel** » à la ou aux personnes responsables au sein de l'unité afin de leur permettre d'amorcer une réflexion sur les suivis à faire afin d'apporter des correctifs nécessaires pour éviter que pareil événement se reproduise.

**6. SIGNATURES | SECTION OBLIGATOIRE**

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

AAA-MM-JJ

Nom (lettres moulées) de la personne blessée ou malade

Signature de la personne blessée ou malade

Date

AAAA-MM-JJ

Nom (lettres moulées) de la supérieure ou du supérieur immédiat

Signature de la supérieure ou du supérieur immédiat

Date

**7. TRANSMISSION DE LA COPIE ORIGINALE DE LA DÉCLARATION**

Si la personne blessée ou malade est :

- **Une employée ou un employé** | Veuillez soumettre cette déclaration par l'entremise de la vignette « Rapport d'incident SST » qui se trouve sous la vignette principale « Vos demandes » de votre Libre-service Synchro. [Cliquez ici](#) pour connaître la procédure détaillée. Si vous êtes une ou un secouriste, veuillez remettre le formulaire au gestionnaire de la personne blessée ou malade. Vous disposez de **24 heures** après l'incident pour soumettre votre déclaration.
- **Une étudiante ou un étudiant, une visiteuse ou un visiteur ou une personne externe** | Veuillez transmettre ce formulaire et les photos par courriel à [accidents-sst@dps.umontreal.ca](mailto:accidents-sst@dps.umontreal.ca). Vous disposez de **24 heures** après l'incident pour soumettre votre déclaration.

La DPS-SST et la DRH se réservent le droit de communiquer avec vous afin d'assurer un suivi ou d'obtenir plus de détails.

La personne qui remplit et soumet ce formulaire doit en conserver une copie.