

Date de l'événement _____ Heure _____

Événement rapporté le _____

Numéro de l'événement (Sûreté) _____

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

Formulaire SASF-071

1. IDENTIFICATION DE LA VICTIME

Nom _____ Prénom _____ Téléphone UdeM ou autre _____

A. Membre du personnel

B. Étudiant

C. Visiteur/ Externe

Matricule _____ Unité administrative _____

Fonction / titre _____ Syndicat _____

Code permanent _____

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

A) Lieu de l'événement Pavillon _____ Local _____ Nature du local _____

B) Type d'événement Accident de travail ou d'études Incident Malaise

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

Brûlure

Contusion

Coupure

Griffure

Morsure

Intoxication

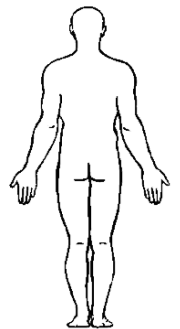
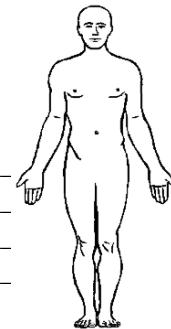
Piqûre

Entorse/foulure

Spécifications supplémentaires sur le siège de la lésion

Siège de la lésion

Veuillez encercler l'endroit de la blessure



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

3. TRANSPORT ET INTERVENANTS

A) Transport Aucun Vers la clinique UdeM Vers l'hôpital _____

Heure de l'appel _____ Heure d'arrivée _____ Numéro du véhicule _____

B) Intervenants (s'il y a lieu)

Nom du secouriste _____ N° de téléphone _____

Nom d'un témoin _____ N° de téléphone _____

Nom du constable _____ 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

5. SECTION RÉSERVÉE À UN REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR | ANALYSE PRÉLIMINAIRE DE L'ÉVÉNEMENT

- La personne a-t-elle fait un retour immédiat au travail ou à ses activités scolaires? Oui Non
- Avez-vous effectué une visite immédiate des lieux de l'événement? Oui Non
- Avez-vous remarqué des conditions particulières ayant contribué à cet événement? 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.
-
-

Indiquer si ces facteurs ont contribué à l'événement. Remplir les cases correspondantes et, lorsque non applicable, mentionner N/A.

Moment (début ou fin de quart de travail, urgence, etc.)		Individu (nouvel employé, équipement de protection individuelle (ÉPI), formation, etc.)	
Équipement (le type, son usage, sa condition, maintenance, etc.)		Tâche (procédure connue, tâche inhabituelle, animal, travail en hauteur, etc.)	
Lieu (localisation, intérieur, extérieur, état des lieux)		Organisation (disponibilité des ÉPI, méthode de travail, communication, etc.)	

Mesures correctives immédiates prises à la suite de l'événement (mesures temporaires)

Actions correctives mises en place pour éviter que l'événement ne se reproduise (mesures permanentes)

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. »

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

7. TRANSMISSION DE LA COPIE ORIGINALE DE LA DÉCLARATION

Si la personne blessée ou malade est :

- **Un employé** | Veuillez soumettre cette déclaration par l'entremise de la vignette « Rapport d'incident SST » de votre Libre-service Synchro. [Cliquez ici](#) pour connaître la procédure détaillée. Si vous êtes un secouriste, veuillez remettre le formulaire au gestionnaire de la personne blessée ou malade.
- **Un étudiant, un visiteur ou une personne externe** | Veuillez transmettre ce formulaire et les photos par courriel à accidents-sst@dps.umontreal.ca.

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.