

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 IPSAV et DÉS du personnel

Matricule \_\_\_\_\_ Unité administrative \_\_\_\_\_

B.  Étudiant

Fonction / titre \_\_\_\_\_ Syndicat \_\_\_\_\_

C.  Visiteur/ Externe

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

Siège de la lésion

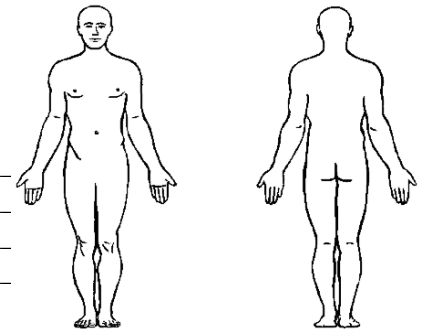
*Veillez encercler l'endroit de la blessure*

Spécifications supplémentaires sur le siège de la lésion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



#### 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.

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

---

---

## 3. 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

## 4. 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](mailto: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.