



McGill RAPPORT D'ACCIDENT/INCIDENT/MALADIE PROFESSIONNELLE

Le **PLAIGNANT/PARTIE LÉSÉE** doit **REMPLIR** les sections A, B et C, **INSCRIRE LA DATE** sur le rapport, le **SIGNER** et le **SOUMETTRE** à son superviseur immédiat ou à son département/service dans les 24 HEURES de l'incident.

Section A : Renseignements généraux (plaignant/partie lésée)	
Nom	Prénom
Professeurs/Membres du personnel <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/>	N° d'identification de McGill
Département ou service	Poste
Numéro de téléphone le jour	Numéro de téléphone le soir
Section B : Description de l'incident	
Quand Date de l'incident (MM/JJ/AAAA)	Heure de l'incident
Date à laquelle l'incident a été signalé	Heure à laquelle l'incident a été signalé
Où Lieu de l'incident (laboratoire, bureau, escaliers, etc.)	Pavillon
	Étage et salle
Que s'est-il produit? (Description et déroulement de l'incident)	
Avez-vous subi des blessures? (Description des blessures en indiquant les parties du corps)	
Quels facteurs ont joué comme cause de l'incident?	
Comment l'incident aurait-il pu être évité?	
Les premiers soins ont-ils été donnés? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans l'affirmative, par qui?
Signature du plaignant/partie lésée	Date

Si une personne autre que la partie lésée remplit le formulaire, elle doit donner les renseignements suivants :

Formulaire rempli par :	Numéro de téléphone
Signature	Date



McGill RAPPORT D'ACCIDENT/INCIDENT/MALADIE PROFESSIONNELLE

Le **SUPÉRIEUR IMMÉDIAT** doit **REmplir** les sections C et D, **INSCRIre LA DATE** sur le rapport, le **SIGNER** et l'**ENVOYER** au Service santé, sécurité et environnement dans les 24 HEURES de l'incident. **S'il y a eu des blessures, ENVOYER** une copie au service des avantages sociaux (Ressources humaines, 688, rue Sherbrooke Ouest, 15^e étage; télécopieur : 398-3874).

Section C : Renseignements généraux	
Nom du superviseur	Prénom du superviseur
Département ou service	Poste
Numéro de téléphone	Courriel
Si l'incident n'a pas été signalé immédiatement, indiquez les raisons :	
Dommages matériels OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Valeur approximative :	
Section D : Mesures de prévention	
Cause de l'incident – Causes principales (p. ex., matériel dangereux, formation insuffisante, etc.)	
Quelles mesures correctives ont été prises pour prévenir un nouvel incident?	
Les personnes qui exécutent cette tâche ou activité ont-elles reçu une formation ou des directives?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
La tâche ou l'activité était-elle supervisée?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Commentaires du superviseur (renseignements additionnels sur l'incident)	
S'il y a eu des blessures, veuillez cocher une case :	
<input type="checkbox"/> Pas de premiers soins, retour au travail	<input type="checkbox"/> Visite chez le médecin, retour au travail, travaux légers
<input type="checkbox"/> Premiers soins, retour au travail	<input type="checkbox"/> Visite chez le médecin, perte de temps de travail
<input type="checkbox"/> Visite chez le médecin, retour au travail	<input type="checkbox"/> Refus d'un traitement médical
Signature du superviseur	Date

Réservé au service santé, sécurité et environnement

Revu par	Date
Distribution : <input type="checkbox"/> Gestion des risques <input type="checkbox"/> Service des avantages sociaux	<input type="checkbox"/> Chef/directeur du département/service <input type="checkbox"/> Doyen des étudiants
Suivi : <input type="checkbox"/> Superviseur <input type="checkbox"/> Directeur de pavillon	<input type="checkbox"/> Service des immeubles <input type="checkbox"/> Gestion des déchets
<input type="checkbox"/> Chef/directeur du département/service <input type="checkbox"/> Comité de santé et sécurité du département/service	<input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> Autres :