



## PROGRAMME DE SANTÉ AU TRAVAIL (PST) POUR LES PATHOGÈNES TRANSMIS PAR LE SANG

(à remplir par le personnel et les étudiants de McGill)

Pour faire face aux risques pour la santé qui peuvent résulter du travail avec du sang humain ou d'autres matières potentiellement infectieuses, l'Université McGill a institué pour son corps professoral, son personnel et ses étudiants un programme de santé au travail pour les agents pathogènes à diffusion hématogène pour ceux qui risquent une telle exposition dans le cadre de leur travail ou recherche.

Bien que la participation à ce programme soit volontaire, la participation, y compris la vaccination contre l'hépatite B, est fortement recommandée à tous les membres du personnel et aux étudiants qui manipulent régulièrement ou seront exposés à du sang humain ou à d'autres matières potentiellement infectieuses.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT	
NOM DE FAMILLE	PRENOM
NUMERO DE MCGILL	CLASSIFICATION (CP, BPD, Dipl, Tech, EP, etc.)
DÉPARTEMENT	FACULTE
COURRIEL DU PARTICIPANT	TÉLÉPHONE
CHERCHEUR PRINCIPAL OU SUPERVISEUR	COURRIEL DU SUPERVISEUR

Je confirme par la présente que j'ai examiné le programme de santé au travail (PST) affiché sur le site Web de l'Université à <http://www.mcgill.ca/ehs/laboratory/ohs> et que j'ai été informé et que je comprends les risques associés au travail avec des agents pathogènes à diffusion hématogène.

### Je suis engagé dans le type de contact suivant :

- Direct : travailler avec du sang humain ou d'autres matières potentiellement infectieuses**
- Indirect : travailler dans des zones où je peux entrer en contact avec du sang humain ou d'autres matières potentiellement infectieuses**

*Je m'engage par la présente à :*

**PARTICIPEZ** (veuillez parapher) \_\_\_\_\_ au programme de santé au travail en remplissant et en postant ce formulaire à : *Bureau de la santé et de la sécurité environnementales, 3610 McTavish, 4e étage, à l'attention de : Clinique PST ;* ou par courriel à [ehs@mcgill.ca](mailto:ehs@mcgill.ca)

- L'administrateur du PST me contactera par téléphone ou courriel pour fixer un rendez-vous.

### OU

**NE PAS PARTICIPER** (veuillez parapher) \_\_\_\_\_ au programme de santé au travail après avoir consulté mon superviseur.

- **Je suis pleinement conscient des risques de refuser le vaccin contre l'hépatite B** et je comprends que je peux, à tout moment, revenir sur ma décision et décider de participer.

Signature

Date (dd-mm-yyyy)

---

---