



**RAPPORT D'ACCIDENT, D'INCIDENT OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE \***  
**ACCIDENT, INCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE REPORT**

- **Avisez immédiatement le Service de la protection (613-562-5411) lors d'une blessure critique ou mortelle, et d'un accident/incident impliquant des substances chimiques, biologiques ou radioactives y compris les déversements et les émissions accidentelles dans le milieu de travail ou à l'extérieur.** La Protection est disponible 24 heures sur 24.

- Le présent formulaire doit être rempli par le supérieur immédiat ou par une personne représentant l'Université.

- Vous devez télécopier le formulaire au Secteur santé, mieux-être et congés dans les **24 heures** suivant l'accident/incident ou l'apparition de la maladie professionnelle. Le Secteur santé, mieux-être et congés est chargé d'envoyer les avis d'accident à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.

- Consultez les directives pour superviseur ayant à remplir un formulaire ou communiquez avec le Secteur santé, mieux-être et congés, si nécessaire.

- **Advise the Protection Services (613-562-5411) immediately after a critical injury or a fatality and after accidents or incidents involving chemical, biological or radioactive substances, including accidental spills and emissions both inside and outside the workplace.** The Protection Services are available 24 hours a day.

- This form must be completed by the immediate supervisor or by a university representative.

- You must fax the form to the Health, Wellness and Leave Sector no later than **24 hours** after the accident/incident or after the appearance of the occupational disease. The Health, Wellness and Leave Sector is responsible for sending accident notices to the Workplace Safety and Insurance Board.

- Consult the guidelines for supervisors having to complete a form, or contact the Health, Wellness and Leave Sector if necessary.

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS  
CONFIDENTIAL INFORMATION

RÉSERVÉ AUX  
RESSOURCES HUMAINES  
FOR USE OF HUMAN  
RESOURCES

N° DE RAPPORT - REPORT NO.

**SECTION A CLASSIFICATION DU CAS - CASE CATEGORY**

INDIQUEZ LEQUEL OU LESQUELS DES ÉNONCÉS SUIVANTS S'APPLIQUENT:  
INDICATE WHICH OF THE FOLLOWING OCCURRED:

BLESSURE  
AN INJURY

MALADIE PROFESSIONNELLE (PRÉCISEZ)  
OCCUPATIONAL DISEASE (SPECIFY)

1

CRAINTES IMMÉDIATES OU FUTURES POUR LA SANTÉ  
ACTUAL OR POTENTIAL HEALTH CONCERN

AUCUN DES ÉNONCÉS PRÉCÉDENTS  
NONE OF THE ABOVE

(PASSEZ À LA SECTION E CAR IL N'Y A PAS EU DE BLESSÉS NI DE PERSONNES POTENTIELLEMENT EXPOSÉES À DES PRODUITS TOXIQUES)  
(GO TO SECTION E BECAUSE THERE WERE NO INJURIES AND NO EXPOSURE TO TOXIC PRODUCTS)

EST-CE QU'IL S'AGIT D'UNE BLESSURE CRITIQUE OU D'UN ACCIDENT MORTEL?  
DID IT INVOLVE A CRITICAL INJURY OR DEATH?

OUI \*  
YES

NON  
NO

2

\* Le Règlement 834 définit la blessure critique comme suit pour l'application de la Loi sur la santé et la sécurité au travail de l'Ontario et de ses règlements :

« C'est une blessure de nature grave qui, selon le cas : a) met la vie d'une personne en danger; b) fait perdre connaissance; c) entraîne une perte de sang importante; d) comporte une fracture d'une jambe ou d'un bras, mais pas d'un doigt ni d'un orteil; e) comporte l'amputation d'une jambe, d'un bras, d'une main ou d'un pied, mais pas d'un doigt ni d'un orteil; f) comporte des brûlures sur une grande surface du corps; ou g) provoque la perte de vue dans un oeil. »

**Si vous avez répondu oui, veuillez communiquer immédiatement avec le Service de la protection (613-562-5411) et précisez qu'une personne a subi une blessure critique dans votre secteur.** Déclaration obligatoire au ministère du Travail selon la Loi sur la santé et la sécurité au travail, article 51.

\* According to Regulation 834:

"For the purposes of the Act and the Regulations, "critically injured" means an injury of a serious nature that: a) places life in jeopardy (endangers a person's life); b) produces unconsciousness; c) results in substantial loss of blood; d) involves the fracture of a leg or an arm but not a finger or a toe; e) involves the amputation of a leg, an arm, a hand or a foot but not a finger or a toe; f) consists of burns to a major portion of the body; or g) causes the loss of sight in an eye."

**If you answered yes, contact Protection Services (613-562-5411) immediately to report that a critical injury has occurred in your sector.** Reporting requirements to the Ministry of Labour under OH&S Act, section 51.

3

SI LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS CHANGENT APRÈS L'ENVOI DE CE RAPPORT, EXPÉDIEZ UN NOUVEAU RAPPORT EN FAISANT RÉFÉRENCE AU PREMIER RAPPORT.  
IF YOU BECOME AWARE THAT ANY OF THE INFORMATION HAS CHANGED AFTER YOU HAVE SENT THIS REPORT, PLEASE SEND A MODIFIED REPORT REFERENCING THE INITIAL REPORT.

EST-CE QUE LA PERSONNE BLESSÉE :  
DID THE INJURED PERSON:

A REÇU DES PREMIERS SOINS?  
RECEIVED FIRST-AID?

A VU LE PERSONNEL DU SECTEUR SANTÉ, MIEUX-ÊTRE ET CONGÉS DE L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA (PAVILLON TABARET)?  
REPORT TO THE UNIVERSITY OF OTTAWA HEALTH, WELLNESS AND LEAVE SECTOR (TABARET HALL)?

VU UN MÉDECIN  
SEE A DOCTOR

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN ET/OU DE LA CLINIQUE  
NAME AND ADDRESS OF DOCTOR AND/OR CLINIC

AUCUN DES ÉNONCÉS PRÉCÉDENTS  
NONE OF THE ABOVE

**SECTION B DONNÉES SUR LA PERSONNE BLESSÉE - PROFILE OF THE INJURED PERSON**

EMPLOYÉ  
EMPLOYEE

N° D'EMPLOYÉ :  
EMPLOYEE NO.

(REMPLISSEZ LA SECTION B2)  
(FILL IN SECTION B2)

ÉTUDIANT  
STUDENT

1<sup>er</sup> CYCLE  
UNDERGRADUATE

N° D'ÉTUDIANT :  
STUDENT NO.

(REMPLISSEZ LA SECTION B2)  
(FILL IN SECTION B2)

EST-CE QUE CETTE PERSONNE EXÉCUTAIT DES TÂCHES RÉMUNÉRÉES PAR L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA?  
WAS THIS PERSON PERFORMING WORK PAID FOR BY THE UNIVERSITY OF OTTAWA?

NON  
NO

ELLE TRAVAILLAIT SUR SA RECHERCHE  
WAS WORKING ON HIS/HER RESEARCH

AUTRE (PRÉCISEZ)  
OTHER (SPECIFY)

OUI  
YES

N° D'EMPLOYÉ :  
EMPLOYEE NO.

(REMPLISSEZ LA SECTION B2)  
(FILL IN SECTION B2)

STAGIAIRE  
TRAINEE

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT  
D'ENSEIGNEMENT D'ATTACHE  
NAME OF TRAINEE'S HOME INSTITUTION

N° D'ÉTUDIANT :  
STUDENT NO.

(REMPLISSEZ LA SECTION B2)  
(FILL IN SECTION B2)

SOUS-TRAITANT DE L'UNIVERSITÉ  
UNIVERSITY SUB-CONTRACTOR

NOM DE L'EMPLOYEUR :  
NAME OF EMPLOYER

APPRENTI (PRÉCISEZ)  
APPRENTICE (SPECIFY)

VISITEUR (PRÉCISEZ)  
VISITOR (SPECIFY)

PASSEZ À LA SECTION D  
GO TO SECTION D

2

FACULTÉ, ÉCOLE, SERVICE - FACULTY, SCHOOL, SERVICE

DÉPARTEMENT, DIVISION, SECTION - DEPARTMENT, DIVISION, SECTION

IMMEUBLE, N° DE PIÈCE - BUILDING, ROOM NO.

TITRE DU POSTE - TITLE OF POSITION

GENRE D'EMPLOI OCCUPÉ (COCHEZ  
TOUTES LES CASES APPLICABLES)  
TYPE OF EMPLOYMENT HELD (CHECK  
ALL APPLICABLE BOXES)

TEMPS PLEIN  
FULL-TIME

TEMPS PARTIEL  
PART-TIME

OCCASIONNEL  
OCCASIONAL

AUTRE (PRÉCISEZ)  
OTHER (SPECIFY)

**SECTION C RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (PERSONNE BLESSÉE) - PERSONAL DATA (INJURED PERSON)**

NOM DE FAMILLE - SURNAME

PRÉNOMS - GIVEN NAMES

SEXE :  M  F

DATE DE NAISSANCE  
DATE OF BIRTH

ANN. - YR. MO. JR. - DAY

N° D'ASSURANCE SOCIALE  
SOCIAL INSURANCE NO.

ADRESSE PERMANENTE - PERMANENT ADDRESS

N° ET RUE  
NO. AND STREET

APP.  
APT.

ADRESSE TEMPORAIRE (S'IL Y A LIEU) - TEMPORARY ADDRESS (IF APPLICABLE)

N° ET RUE  
NO. AND STREET

APP.  
APT.

VILLE  
CITY

PROV.

CODE POSTAL - POSTAL CODE

VILLE  
CITY

PROV.

CODE POSTAL - POSTAL CODE

IND. RÉG. & N° DE TÉL. - AREA CODE & TEL. NO.  
À DOMICILE - AT HOME

IND. RÉG. & N° DE TÉL. - AREA CODE & TEL. NO.  
AU TRAVAIL - AT WORK

IND. RÉG. & N° DE TÉL. - AREA CODE & TEL. NO.

ADRESSE TEMPORAIRE VALIDE JUSQU'AU  
TEMPORARY ADDRESS VALID UNTIL

ANN. - YR. MO. JR. - DAY

\* DANS LE PRÉSENT TEXTE, LE GENRE MASCULIN QUAND IL EST EMPLOYÉ, DÉSIGNE AUTANT LES FEMMES QUE LES HOMMES.

SUITE  
CONTINUED

**SECTION D DÉTAILS DE LA BLESSURE OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE - DETAILS OF THE INJURY OR OCCUPATIONAL DISEASE**

DATE ET HEURE DE LA BLESSURE OU DE L'APPARITION DE LA MALADIE DATE AND TIME OF INJURY OR OF FIRST SIGN OF OCCUPATIONAL DISEASE	ANN. - YR.	MO.	JR - DAY	HEURE - TIME	DATE ET HEURE AUXQUELLES LA BLESSURE OU LA MALADIE A ÉTÉ SIGNALÉE À L'EMPLOYEUR DATE AND TIME INJURY OR DISEASE WAS REPORTED TO THE EMPLOYER	ANN. - YR.	MO.	JR - DAY	HEURE - TIME
---	------------	-----	----------	--------------	---	------------	-----	----------	--------------

1 NOM DE LA PERSONNE REPRÉSENTANT L'UNIVERSITÉ ET À QUI LA BLESSURE OU LA MALADIE A ÉTÉ SIGNALÉE  
NAME OF THE PERSON REPRESENTING THE UNIVERSITY AND TO WHOM THE INJURY OR DISEASE WAS REPORTED

DATE ET HEURE DE L'INTERRUPTION DU TRAVAIL DATE AND TIME WORK WAS INTERRUPTED	ANN. - YR.	MO.	JR - DAY	HEURE - TIME	DATE ET HEURE DU RETOUR AU TRAVAIL DATE AND TIME OF RETURN TO WORK	ANN. - YR.	MO.	JR - DAY	HEURE - TIME
--	------------	-----	----------	--------------	---	------------	-----	----------	--------------

2 DANS LA MESURE DE VOS CONNAISSANCES, DÉCRIVEZ LA LÉSION ET PRÉCISEZ LA RÉGION AINSI QUE LE CÔTÉ (DROIT OU GAUCHE) TOUCHÉ (EX. : COUPURE À LA CUISSE GAUCHE, MORSURE À L'ANNULAIRE DROIT, ETC.).  
TO THE BEST OF YOUR KNOWLEDGE, DESCRIBE THE INJURY AND INDICATE THE PART OF THE BODY INVOLVED AND SPECIFY LEFT OR RIGHT SIDE (EX.: CUT ON THE LEFT THIGH, BITE ON THE RIGHT RING FINGER, ETC.).

3 À VOTRE CONNAISSANCE LA PERSONNE BLESSÉE A-T-ELLE DÉJÀ EU UNE INCAPACITÉ SEMBLABLE? SI OUI, EXPLIQUEZ.  
TO YOUR KNOWLEDGE, HAS THE INJURED PERSON EVER HAD A SIMILAR ACCIDENT? IF SO, EXPLAIN.

4 AVEZ-VOUS RAISON DE DOUBTER DES CIRCONSTANCES DE LA BLESSURE? SI OUI, EXPLIQUEZ.  
HAVE YOU REASON TO DOUBT THE CIRCUMSTANCES SURROUNDING THIS INJURY? IF SO, EXPLAIN.

PASSEZ À LA SECTION E (QUESTION 3)  
GO TO SECTION E (QUESTION 3)

**SECTION E DESCRIPTION DE L'ACCIDENT, DE L'INCIDENT OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE - DESCRIPTION OF ACCIDENT, INCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE**

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. UTILISEZ DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES AU BESOIN.  
PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS. ATTACH ADDITIONAL SHEET(S) IF THE SPACE PROVIDED IS NOT SUFFICIENT.

1 DATE ET HEURE DE L'INCIDENT  
DATE AND TIME OF OCCURRENCE

ANN. - YR.	MO.	JR - DAY	HEURE - TIME
------------	-----	----------	--------------

2 DATE ET HEURE AUXQUELLES L'INCIDENT A ÉTÉ SIGNALÉ  
DATE AND TIME THE OCCURRENCE WAS REPORTED

ANN. - YR.	MO.	JR - DAY	HEURE - TIME
------------	-----	----------	--------------

3 DÉCRIVEZ COMMENT L'ACCIDENT, L'INCIDENT OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE S'EST PRODUIT.  
DESCRIBE HOW THE OCCURRENCE TOOK PLACE.

4 S'IL Y A LIEU, DÉCRIVEZ LE TRAVAIL QUE FAISAIT LA PERSONNE ET LES EFFORTS PHYSIQUES REQUIS. DANS LE CAS D'UN INCIDENT (PAS DE BLESSURE) INDIQUEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL DES PERSONNES DIRECTEMENT IMPLIQUÉES.  
WHERE APPLICABLE, DESCRIBE THE WORK THE PERSON WAS DOING AND THE PHYSICAL EFFORT REQUIRED. IN THE CASE OF AN INCIDENT (NO INJURY) GIVE THE NAME AND TELEPHONE NUMBER AT WORK OF THE PEOPLE DIRECTLY INVOLVED.

DESCRIPTION  
DESCRIPTION

TÉMOINS (NOMS ET N° DE TÉL. AU TRAVAIL)  
WITNESSES (NAMES AND TEL. NO. AT WORK)

5 DÉCRIVEZ LES FACTEURS QUI ONT CONTRIBUÉ À L'ACCIDENT, L'INCIDENT OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE.  
DESCRIBE FACTORS HAVING CONTRIBUTED TO THE ACCIDENT, INCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE.

6 DÉCRIVEZ OÙ L'ACCIDENT OU L'INCIDENT S'EST PRODUIT (LIEU, IMMEUBLE, N° DE PIÈCE, OÙ PRÉCISÉMENT DANS LA PIÈCE); S'IL S'EST PRODUIT À L'EXTÉRIEUR DE L'ONTARIO, PRÉCISEZ.  
DESCRIBE THE LOCATION INVOLVED (BUILDING, ROOM NO., WHERE EXACTLY IN THE ROOM, ETC.); IF THE OCCURRENCE TOOK PLACE OUTSIDE ONTARIO, SPECIFY WHERE.

7 EST-CE QUE DES SUBSTANCES CHIMIQUES, BIOLOGIQUES OU RADIOACTIVES, OU DES AGENTS PHYSIQUES, SONT IMPLIQUÉS DANS LA CAUSE OU LE RÉSULTAT DE L'ACCIDENT, DE L'INCIDENT OU DANS LA CAUSE DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE? SI OUI, INDIQUEZ LESQUELS AINSI QUE LA QUANTITÉ ET LA CONCENTRATION.  
ARE CHEMICAL, BIOLOGICAL OR RADIOACTIVE SUBSTANCES, OR PHYSICAL AGENTS, INVOLVED IN THE CAUSE OR THE RESULT OF THE OCCURRENCE? IF SO, PLEASE IDENTIFY THEM AND SPECIFY AMOUNT AND CONCENTRATION.

8 QUELLES DÉMARCHES A-T-ON ENTREPRISES POUR ÉVITER QUE LA SITUATION SE RÉPÈTE?  
WHAT MEASURES HAVE BEEN TAKEN TO AVOID A SIMILAR OCCURRENCE IN THE FUTURE?

9 EST-CE QU'UNE PERSONNE NE FAISANT PAS PARTIE DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITÉ EST TOTALEMENT OU PARTIELLEMENT RESPONSABLE DE L'ACCIDENT, DE L'INCIDENT OU DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE? SI OUI, PRÉCISEZ.  
DOES THIS CASE STEM FROM THE ACTIONS OF A PERSON NOT WORKING FOR THE UNIVERSITY OF OTTAWA? IF SO, SPECIFY.

**SECTION F IDENTIFICATION ET SIGNATURE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU DU REPRÉSENTANT DE L'UNIVERSITÉ  
IDENTIFICATION AND SIGNATURE OF IMMEDIATE SUPERVISOR OR UNIVERSITY REPRESENTATIVE**

NOM DE FAMILLE - SURNAME	PRÉNOMS - GIVEN NAMES
TITRE DU POSTE - TITLE OF POSITION	N° DE TÉL. - TEL. NO.
FACULTÉ, ÉCOLE, SERVICE - FACULTY, SCHOOL, SERVICE	DÉPARTEMENT, DIVISION, SECTION - DEPARTMENT, DIVISION, SECTION

DATE

SIGNATURE