



Nouveau Modification

Utilisateur du laser

Nom: _____ Prénom: _____ N° d'employé(e) / étudiant(e): _____
Faculté: _____ Département: _____ Poste: _____
(Étudiant, Stagiaire postdoctoraux, Professeur)
Bureau: _____ Laboratoire: _____ Superviseur: _____
Téléphone: _____ Tél. lab.: _____ Courriel: _____

Titulaire du permis

Nom: _____ Prénom: _____ Tél. ou poste: _____
N° de permis: _____ Courriel: _____

Superviseur du laboratoire

Nom: _____ Prénom: _____ Tél. ou poste: _____

SECTION 1: INFORMATIONS SUR LES LASERS QUE VOUS ALLEZ UTILISER

Lieu: _____ N°(s) sur le permis: _____ Faisceau
Classe: _____ Longueur d'onde: _____ Libre Confiné

SECTION 2: RÉDUCTION DU RISQUE

SVP décrire vos techniques expérimentales, vos stratégies et vos procédures afin de réduire les risques pour vous et vos collègues lors de l'utilisation du laser mentionné ci-haut. Veuillez prendre en compte tous les risques (laser ou non) possibles introduits par vos expérimentations.

Vos installations sont Nouvelle Est-ce que d'autres Oui Travaillerez-vous seul/en
nouvelles ou Existante lasers seront utilisés Non équipe/avec supervision?
existantes? Existante en même temps?

Quels équipements de protection ou produits utiliserez-vous? (veuillez préciser)

Quels risques vos expérimentations vont-elles produire? (laser ou non)

(électrique, cryogénique, toxique)

Décrivez en bref ou énumérez les Procédures Opératoires Normalisées (PON) que vous devrez suivre et utiliserez avec vos lasers

Emplacement

SECTION 3: FORMATION ET EXPÉRIENCE

Consultez notre site Web (<https://www.uottawa.ca/notre-universite/administration-services/bureau-gestion-risque/ma-securite/laser>) et suivez le lien pour accéder à les exigences de formation.

Avez-vous complété le cours théorique de sécurité laser (conformément aux exigences de formation en sécurité laser de l'Université d'Ottawa) ? Oui Non Date de formation: _____

Décrivez les lasers que vous avez utilisés antérieurement et vos années d'expériences.

Décrivez la formation (laser) que vous avez reçue	Date de la formation	Établissement
_____	_____	_____

SECTION 4: FORMATION PRACTIQUE

SVP décrire votre formation en laboratoire dans les boîtes suivantes. Le nouvel utilisateur doit remplir le tableau.

Actions (exemples)	Décrivez comment ces actions sont appliquées dans votre laboratoire (si sans objet, indiquez S/O et décrivez la raison)
-----------------------	--

Manipulations d'optiques
(nettoyage, montage)

Manipulation de faisceau
(observation sécuritaire, protection de la porte d'entrée sous la LPE, utilisation d'écrans de bloqage)

Composante du laser
(gaz comprimés, colorants liquides, solvants, MSDS)

Urgences
(en cas de feu, fuite / déversement, évacuation)

Risques sans faisceau
(électrique, contaminé de l'air, entretien de lab., substrats)

Entretien de laser
(PON, nom de formateur)

Nom du formateur: _____ Signature: _____

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je déclare que j'ai été informé des risques associés des lasers mentionnés dans ce document. Je m'engage à respecter toutes les conditions stipulées au permis en vertu duquel je travaillerai. Je satisfais aux exigences de formation en laboratoire (s'il y a lieu).

Signature: _____

Date: _____

Signature du superviseur: _____