



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 ([www.uottawa.ca/services/sesst/laserintro.htm](http://www.uottawa.ca/services/sesst/laserintro.htm)) et suivez le lien pour accéder à la formation provisoire. Vous y trouverez des exigences à respecter avant la prochaine formation.

Avez-vous complété la formation sur la sécurité laser de l'Université d'Ottawa?  Oui  Non

Si non, allez-vous suivre la formation de l'Université d'Ottawa prochainement?  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, solvant, MSDS)

#### Urgences

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

#### Risques sans faisceau

(électrique, air contaminé, entretien de lab., cibles)

#### Entretien de laser

(PON, nom de formateur)

Nom de 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 provisoire (s'il y a lieu).

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature du superviseur: \_\_\_\_\_

Initiales du spécialiste de la gestion du risque (lasers):