



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://bgr.uottawa.ca/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: \_\_\_\_\_