

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ				
Nom : _____	Prénom : _____	N° d'employé : _____		
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	Titre d'emploi : _____	Quart de travail : <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
ÉVÉNEMENT				
Date de l'événement : ____/____/____ <small>(AAAA/MM/JJ)</small>	Heure de l'événement : ____:____ <small>HH:MM</small>	Service où l'événement est survenu : _____		
Moment de l'événement : <input type="checkbox"/> Début de quart <input type="checkbox"/> Fin de quart <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Travail urgent				
Lieu précis de l'événement : <input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> Poste de travail <input type="checkbox"/> Cafétéria <input type="checkbox"/> Stationnement / terrain extérieur <input type="checkbox"/> Salle de bain / toilette <input type="checkbox"/> Corridor <input type="checkbox"/> Autre : _____				
Nom du supérieur immédiat ou de la personne en autorité avisée : _____			Date de la déclaration (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	
ÉQUIPEMENT(S) DE PROTECTION INDIVIDUELLE PORTÉ(S) au moment de l'événement (cocher tout ce qui s'applique)				
Gants : <input type="checkbox"/> Une paire <input type="checkbox"/> Deux paires <input type="checkbox"/> Aucun		Protection oculaire : <input type="checkbox"/> Lunette <input type="checkbox"/> Visière <input type="checkbox"/> Aucune		
Masque : <input type="checkbox"/> Oui, Type de masque : _____ <input type="checkbox"/> Aucun		Jaquette / Blouse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Aucune		
DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT : Décrivez les tâches effectuées au moment de l'événement et expliquez comment s'est produit l'événement. Veuillez détailler le geste qui a provoqué la lésion et indiquer la partie du corps touchée.				
COMMENTAIRES, SUGGESTIONS visant à éviter la répétition d'un tel événement : _____				
TÉMOIN DE L'ÉVÉNEMENT : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom et Prénom du témoin : _____ Titre d'emploi : _____				
Je soussigné, certifie que les renseignements contenus dans cette déclaration sont vrais et conformes à ce qui s'est réellement produit.				
Signature de l'employé : _____			Date de la signature (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	
PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT ¹				
ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT (Cochez au moins un élément dans chaque catégorie)				
AGRESSION PHYSIQUE <input type="checkbox"/> Se faire égratigner, recevoir un coup de poing <input type="checkbox"/> Se faire serrer, pousser, bousculer <input type="checkbox"/> Se faire cracher dessus <input type="checkbox"/> Se faire lancer un objet <input type="checkbox"/> Se faire mordre (bris de peau) <input type="checkbox"/> Se faire mordre (sans bris de peau) <input type="checkbox"/> Agression armée <input type="checkbox"/> Agression sexuelle <input type="checkbox"/> Se faire étrangler AGRESSION PSYCHOLOGIQUE <input type="checkbox"/> Menaces, levé le ton, intimidation, insultes <input type="checkbox"/> Propos à caractère raciste <input type="checkbox"/> Propos à caractère sexuel <input type="checkbox"/> Insulte gestuelle AUTRES <input type="checkbox"/> Effort excessif (autre qu'auprès d'un client) <input type="checkbox"/> Choc électrique <input type="checkbox"/> Exposition au rayonnement et matières radioactive <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Faux mouvement <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Contact avec produits chimiques – gaz, vapeur, liquide, solide, médicaments dangereux <input type="checkbox"/> Brûler/contact avec température extrême chaude/froide <input type="checkbox"/> Coupure avec un objet tranchant non contaminé <input type="checkbox"/> Coincé/écrasé <input type="checkbox"/> Frappé par / Frappé contre <input type="checkbox"/> Éclaboussure / liquides biologiques	GENRE D'ACCIDENT MOBILISATION D'UN PATIENT <i>VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION NOMBRE D'INTERVENANTS</i> <input type="checkbox"/> Éviter chute (au fauteuil) <input type="checkbox"/> Éviter chute (au lit) <input type="checkbox"/> Mobilisation au fauteuil lever/rehausser <input type="checkbox"/> Mobilisation au lit lever/rehausser <input type="checkbox"/> Mobilisation autre <input type="checkbox"/> Soutien/contrôle d'un usager lors de soins <input type="checkbox"/> Transfert lit/civière <input type="checkbox"/> Transfert lit/fauteuil <input type="checkbox"/> Utilisation d'un équipement de mobilisation NOMBRES D'INTERVENANTS <input type="checkbox"/> 1 intervenant <input type="checkbox"/> 2 et + CONTACT AVEC UN PATIENT OU UN PRELEVEMENT/ECHANTILLON CONTAGIEUX CONFIRME PAR LA PCI (IDENTIFIEZ LE PATHOGENE) <i>VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION GENRE D'ACCIDENT ET MALADIE INFECTIEUSE</i> GENRE D'ACCIDENT <input type="checkbox"/> Contact avec un prélèvement /échantillon contagieux <input type="checkbox"/> Contact avec patient contagieux MALADIE INFECTIEUSE <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Varicelle / Zona <input type="checkbox"/> Gastroentérite <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Coronavirus <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Gale <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Streptocoque A	CHUTE / GLISSADE <input type="checkbox"/> Chute dans un escalier intérieur <input type="checkbox"/> Chute dans un escalier extérieur <input type="checkbox"/> Chute d'un même niveau intérieur <input type="checkbox"/> Chute d'un même niveau extérieur <input type="checkbox"/> Chute d'une échelle <input type="checkbox"/> Chute de plus de 3 mètres	NATURE DE LA BLESSURE <input type="checkbox"/> Inflammation <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Plaie ouverte <input type="checkbox"/> Ecchymose <input type="checkbox"/> Dermite <input type="checkbox"/> Corps étrangers <input type="checkbox"/> Plaie (non-précisé) <input type="checkbox"/> Coupure <input type="checkbox"/> Affection de la peau <input type="checkbox"/> Fracture osseuse <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Entorse du ligament d'une articulation <input type="checkbox"/> Intoxication par un produit chimique	
		SITE LÉSIONNEL LATERALITE DE LA LESION <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Bilatéral MEMBRES SUPERIEURS <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Doigt MEMBRES INFÉRIEURS <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Jambe inférieure <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Orteil AUTRES <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Région cervicale <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Plante du pied <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____		
AGENT CAUSAL (un élément majeur qui explique la survenance de l'événement)				
TÂCHE <input type="checkbox"/> Cadence de travail <input type="checkbox"/> Geste dangereux <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail <input type="checkbox"/> Mobilisation d'un patient <input type="checkbox"/> Patient agressif <input type="checkbox"/> Patient confus <input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate	INDIVIDU <input type="checkbox"/> Condition physique <input type="checkbox"/> Connaissances insuffisantes <input type="checkbox"/> Comportement inadéquat <input type="checkbox"/> Geste dangereux <input type="checkbox"/> Inadvertance <input type="checkbox"/> Inexpérience <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	ÉQUIPEMENT <input type="checkbox"/> Équipement défectueux <input type="checkbox"/> Équipement inadéquat ou non ergonomique <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente <input type="checkbox"/> EPI inadéquat ou absent <input type="checkbox"/> Supervision ou contrôle inadéquat <input type="checkbox"/> Matériel présentant un risque élevé <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat ou absent	ORGANISATION <input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Affectation (tâche et employé) <input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâche (inadéquate/absente) <input type="checkbox"/> Communication <input type="checkbox"/> Conception <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Entretien <input type="checkbox"/> Entretien préventif <input type="checkbox"/> Formation <input type="checkbox"/> Inspection <input type="checkbox"/> Méthode de travail <input type="checkbox"/> Planification <input type="checkbox"/> Réglementation <input type="checkbox"/> Supervision	LIEU <input type="checkbox"/> Inégalité du sol <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques (éclairage, bruit, qualité de l'air) <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes impropres <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate
<input type="checkbox"/> Accident AVEC perte de temps : Il s'agit d'un accident du travail qui entraîne un arrêt de travail au-delà du jour de l'accident.				
<input type="checkbox"/> Accident SANS perte de temps : Il s'agit d'un accident du travail qui n'entraîne pas d'absence au-delà de la journée de l'accident				
Avez-vous visité le lieu de l'événement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de la visite (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____		
Avez-vous rencontré l'employé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de la rencontre (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____		
MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES ENVISAGÉES par le supérieur immédiat :				
OBLIGATOIRE - Signature du supérieur immédiat ¹ ou de son représentant : _____			N° Réquisition DST (s'il y a lieu) : _____ Date de la signature (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____	

¹ Le Supérieur immédiat est défini comme : le chef de service, le chef d'équipe, l'AIC, la coordonnatrice ou toute autre personne en autorité présente dans le secteur.