

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 : _____ (AAAA/MM/JJ)	Heure de l'événement : _____ (HH:MM)	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)		
GENRE D'ACCIDENT	NATURE DE LA BLESSURE	
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'après 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	MOBILISATION D'UN PATIENT VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION NOMBRE D'INTERVENANTS <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 +	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
CONTACT AVEC UN PATIENT OU UN PRELEVEMENT/ECHANTILLON CONTAGIEUX CONFIRME PAR LA PCI (IDENTIFIEZ LE PATHOGENE) VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION GENRE D'ACCIDENT ET MALADIE INFECTIEUSE 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	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
<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"/> Règlementation <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.

COPIES: 1) Conserver une copie pour vos dossiers 2) Remettre une copie à l'employé 3) Transmettre le formulaire à service.sante@chudequebec.ca ou par courrier interne à GMA, HSFA, local B0-522