

DÉCLARATION ET GRILLE D’ANALYSE D’UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL D’UN INTERVENANT

☐ CENTRE ADM. ☐ CHUL ☐ CIC ☐ HDQ ☐ HEJ ☐ HSFA ☐ HSS ☐ PCL ☐ AUTRE : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR L EMPLOYÉ					
Nom : _____		Prénom : _____		N° d’employé : _____	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : _____		Titre d’emploi : _____		Quart de travail : ☐ J ☐ S ☐ 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 : ☐ Début de quart ☐ Fin de quart ☐ Temps supplémentaire ☐ Travail urgent					
Lieu précis de l’événement : ☐ Chambre ☐ Poste de travail ☐ Cafétéria ☐ Stationnement / terrain extérieur ☐ Salle de bain / toilette ☐ Corridor ☐ 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 : ☐ Une paire ☐ Deux paires ☐ Aucun			Protection oculaire : ☐ Lunette ☐ Visière ☐ Aucune		
Masque: ☐ Oui, Type de masque : _____ ☐ Aucun			Jaquette / Blouse : ☐ Oui ☐ 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: ☐ Oui ☐ 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 ☐ Se faire égratigner, recevoir un coup de poing ☐ Se faire serrer, pousser, bousculer ☐ Se faire cracher dessus ☐ Se faire lancer un objet ☐ Se faire mordre (bris de peau) ☐ Se faire mordre (sans bris de peau) ☐ Agression armée ☐ Agression sexuelle ☐ Se faire étrangler	MOBILISATION D’UN PATIENT VEUILLEZ COMPLETER LA SECTION NOMBRE D’INTERVENANTS ☐ Éviter chute (au fauteuil) ☐ Éviter chute (au lit) ☐ Mobilisation au fauteuil lever/rehausser ☐ Mobilisation au lit lever/rehausser ☐ Mobilisation autre ☐ Soutien/contrôle d’un usager lors de soins ☐ Transfert lit/civière ☐ Transfert lit/fauteuil ☐ Utilisation d’un équipement de mobilisation	CHUTE / GLISSADE ☐ Chute dans un escalier intérieur ☐ Chute dans un escalier extérieur ☐ Chute d’un même niveau intérieur ☐ Chute d’un même niveau extérieur ☐ Chute d’une échelle ☐ Chute de plus de 3 mètres	☐ Inflammation ☐ Brûlure ☐ Ecchymose ☐ Corps étrangers ☐ Coupure ☐ Fracture osseuse ☐ Entorse du ligament d'une articulation ☐ Intoxication par un produit chimique ☐ Réaction allergique ☐ Plaie ouverte ☐ Dermite ☐ Plaie (non-précisé) ☐ Affection de la peau ☐ Autre : _____		
AGRESSION PSYCHOLOGIQUE ☐ Menaces, levé le ton, intimidation, insultes ☐ Propos à caractère raciste ☐ Propos à caractère sexuel ☐ Insulte gestuelle	NOMBRES D’INTERVENANTS ☐ 1 intervenant ☐ 2 et +				
AUTRES ☐ Effort excessif (autre qu’auprès d’un client) ☐ Choc électrique ☐ Exposition au rayonnement et matières radioactive ☐ Corps étranger ☐ Faux mouvement ☐ Mouvement répétitif ☐ Contact avec produits chimiques – gaz, vapeur, liquide, solide, médicaments dangereux ☐ Brûler/contact avec température extrême chaude/froide ☐ Coupure avec un objet tranchant non contaminé ☐ Coincé/écrasé ☐ Frappé par / Frappé contre ☐ Éclaboussure / liquides biologiques	CONTACT AVEC UN PATIENT OU UN PRELEVEMENT/ECHANTILLON CONTAGIEUX CONFIRME PAR LA PCI (IDENTIFIEZ LE PATHOGENE) VEUILLEZ COMPLETER LA SECTION GENRE D’ACCIDENT ET MALADIE INFECTIEUSE GENRE D’ACCIDENT ☐ Contact avec un prélèvement /échantillon contagieux ☐ Contact avec patient contagieux MALADIE INFECTIEUSE ☐ Influenza ☐ Varicelle / Zona ☐ Gastroentérite ☐ Méningite ☐ Coronavirus ☐ Tuberculose ☐ Rougeole ☐ Gale ☐ Coqueluche ☐ Autre : _____ ☐ Streptocoque A	SITE LÉSIONNEL LATERALITE DE LA LESION ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Bilatéral MEMBRES SUPERIEURS ☐ Bras ☐ Coude ☐ Main ☐ Épaule ☐ Poignet ☐ Doigt MEMBRES INFERIEURS ☐ Genou ☐ Hanche ☐ Jambe inférieure ☐ Pied ☐ Cheville ☐ Orteil AUTRES ☐ Abdomen ☐ Thorax ☐ Région cervicale ☐ Dos ☐ Œil ☐ Plante du pied ☐ Tête ☐ Visage ☐ Autres, précisez : _____			
AGENT CAUSAL (un élément majeur qui explique la survenance de l événement)					
TÂCHE	INDIVIDU	ÉQUIPEMENT	ORGANISATION	LIEU	
☐ Cadence de travail ☐ Geste dangereux ☐ Inobservance des méthodes de travail ☐ Mobilisation d’un patient ☐ Patient agressif ☐ Patient confus ☐ Posture de travail inadéquate	☐ Condition physique ☐ Connaissances insuffisantes ☐ Comportement inadéquat ☐ Geste dangereux ☐ Inadvertance ☐ Inexpérience ☐ Temps supplémentaire	☐ Équipement défectueux ☐ Équipement inadéquat ou non ergonomique ☐ Étiquette SIMDUT absente ☐ EPI inadéquat ou absent ☐ Supervision ou contrôle inadéquat ☐ Matériel présentant un risque élevé ☐ Mécanisme de protection inadéquat ou absent	☐ Achat ☐ Affectation (tâche et employé) ☐ Analyse sécuritaire de tâche (inadéquate/absente) ☐ Communication ☐ Conception ☐ Description de tâche ☐ Entretien	☐ Entretien préventif ☐ Formation ☐ Inspection ☐ Méthode de travail ☐ Planification ☐ Réglementation ☐ Supervision	
					☐ Inégalité du sol ☐ Conditions atmosphériques (éclairage, bruit, qualité de l’air) ☐ Éclairage inadéquat ☐ Espace restreint ☐ Conditions ambiantes impropres ☐ Encombrement ☐ Ventilation inadéquate
☐ 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.					
☐ 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 ? ☐ Oui ☐ Non		Date de la visite (AAAA/MM/JJ) : _____			
Avez-vous rencontré l’employé ? ☐ Oui ☐ Non		Date de la rencontre (AAAA/MM/JJ) : _____			
MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES ENVISAGÉES par le supérieur immédiat :					
				N° Réquisition DST (s’il y a lieu) : _____	
OBLIGATOIRE - Signature du supérieur immédiat ¹ ou de son représentant : _____				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.