

DÉCLARATION ET GRILLE D'ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

CHUL HDQ HEJ HSFA HSS SF AUTRE : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

M. _____
 Mme _____

NOM
PRÉNOM
TITRE D'EMPLOI
NO D'EMPLOYÉ :

ÉVÉNEMENT

DATE DE L'ÉVÉNEMENT (aaaa/mm/jj): _____ / _____ / _____ HEURE (hh:mm) : _____ : _____ Service où l'événement est survenu : _____

LIEU PRÉCIS DE L'ÉVÉNEMENT :

Cafétéria	Entrée	Stationnement / terrain extérieur
Chambre	Poste de travail	Accès (escalier, ascenseur) : _____
Corridor	Salle de bains / toilettes	Autres : _____

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT (Décrivez les tâches effectuées au moment de l'événement et indiquez comment s'est produit l'événement. Bien décrire le geste qui a provoqué la lésion et inscrire la partie du corps touchée) :

COMMENTAIRES, SUGGESTIONS :

TÉMOIN LORS DE L'ÉVÉNEMENT : Oui Non NOM ET PRÉNOM : _____ 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 déclaration : (aaaa/mm/jj): _____ / _____ / _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT OU SON REPRÉSENTANT

ANALYSE DE L'ÉVÉNEMENT (cochez 1 élément dans chacune des catégories)

TYPE DE CONTACT	TYPE DE BLESSURE	SITE LÉSIONNEL			
Agression physique	Atteinte psychologique	Abdomen	Coccyx	Nez	Thorax
Agression psychologique	Blessures aux tendons, ligaments	Bassin	Dos	Psychologique	Visage
Choc électrique	Brûlure	Cervical	État général, Multiples	Tête	Yeux
		Membres inférieurs		Membres supérieurs	
Chute, glissade	Contusion, ecchymose, morsure	Genou	Jambe	Bras	Épaule
Coincé, écrasé	Corps étrangers	Hanche	Mollet	Coude	Poignet
Contact avec produits chimiques	Dislocation, fracture	Pieds		Mains	
Contact avec températures extrêmes	Entorse, foulure	Orteil	Pied	Doigt	Main
Contact avec patient contagieux		Dans le cas d'un accident lié à la mobilisation ou à la chute d'un usager COMPLÉTEZ (Identifier 1 élément principal)			
Contrôle physique	Éraflures, coupures	Usager - Mobilisation	Transfert lit-civière →	1 intervenant	2+
Corps étranger	Inflammation, infection		Transfert lit-fauteuil →	1 intervenant	2+
Coupure, piqûre (non contaminé par sang)	Intoxication		Mob. au lit (lever/rehausser) →	1 intervenant	2+
Effort excessif (autre qu'auprès d'un usager)	Irritation de la peau, dermatite		Mob. au fauteuil (lever/rehausser) →	1 intervenant	2+
Faux mouvement	Lacération majeure, amputation		Relevé du sol →	1 intervenant	2+
Frappé par, heurté contre	Réaction allergique, immunisation		Soutien/contrôle d'un usager lors de soins →	1 intervenant	2+
Morsure, éclaboussure (non contaminé par sang)	Autres : _____	Utilisation d'un équipement de mob. →	1 intervenant	2+	
Mouvement répétitif	En cas de contact avec un patient contagieux confirmé par la prévention et contrôle des infections COMPLÉTEZ	Autre : _____	1 intervenant	2+	
Radiations	Gale	Usager - Éviter chute	Au lit	À l'accompagnement à la marche	
Autres	Rougeole		Au fauteuil	Autre : _____	
Usager - Éviter chute	Gastroentérite				
Usager - Mobilisation	Streptocoque				
	Influenza				
	Tuberculose				
	Méningocoque				
	Varicelle / Zona				
	Autres : _____				

AGENT CAUSAL (1 élément majeur qui explique la survenance de l'événement)

TÂCHE	ÉQUIPEMENT / MATÉRIEL	ENVIRONNEMENT (LIEU)
NO. RÉQUISITION DST (s'il y a lieu) : Geste dangereux, jeux Inobservance des méthodes de travail Inobservance des règles de sécurité Mobilisation du patient Patient agressif Patient confus Posture inadéquate	Equip. de protection inadéquat, défectueux Étiquette SIMDUT absente Fiche signalétique non disponible Identification inadéquate, défectueuse Matériel présentant un risque élevé Mécanisme de protection inadéquat Outil, équipement défectueux Outil, équipement inadéquat Produit toxique	Aménagement inadéquat Conditions ambiantes (gaz, fumée, chaleur, bruits, etc.) Éclairage inadéquat Espace restreint Propreté, désordre Sol inégal Surface glissante Ventilation inadéquate
ORGANISATION	INDIVIDU	
Achat Affectation (tâche et employé) Analyse sécuritaire de tâche (inadéquate / absente) Communication (info / affichage) Conception (ingénierie) Conditions atmosphériques (intempéries) Description de tâche Entretien Entretien préventif	Étiquette SIMDUT Formation (entraînement) Inspection Méthode de travail (inadéquate) Planification Procédure (inadéquate / absente) Règlements (inadéquats / absents) Supervision (surveillance / contrôle)	Condition physique Connaissances Comportement Équipement de protection inutilisé Geste dangereux Inadvertance Inexpérience Temps supplémentaire

ACCIDENT AVEC PERTE DE TEMPS AVEZ-VOUS VISITÉ LE LIEU DE L'ÉVÉNEMENT ? OUI NON DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

ACCIDENT SANS PERTE DE TEMPS AVEZ-VOUS RENCONTRÉ L'EMPLOYÉ ? OUI NON DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

MESURES CORRECTIVES OU PRÉVENTIVES ENVISAGÉES :

NO. RÉQUISITION DST (s'il y a lieu) : _____

Obligatoire

Signature du supérieur immédiat ou de son représentant : _____

Date (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____