

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					
Contrôle physique	Éraflures, coupures	Dans le cas d'un accident lié à la mobilisation ou à la chute d'un usager COMPLÉTEZ (Identifier 1 élément principal)			
Corps étranger	Inflammation, infection	Usager - Mobilisation	Transfert lit-civière →	1 intervenant	2+
Coupure, piqûre (non contaminé par sang)	Intoxication		Transfert lit-fauteuil →	1 intervenant	2+
Effort excessif (autre qu'auprès d'un usager)	Irritation de la peau, dermatite		Mob. au lit (lever/rehausser) →	1 intervenant	2+
Faux mouvement	Lacération majeure, amputation		Mob. au fauteuil (lever/rehausser) →	1 intervenant	2+
Frappé par, heurté contre	Réaction allergique, immunisation		Relevé du sol →	1 intervenant	2+
Morsure, éclaboussure (non contaminé par sang)	Autres : _____	Soutien/contrôle d'un usager lors de soins →	1 intervenant	2+	
Mouvement répétitif	En cas de contact avec un patient contagieux confirmé par la prévention et contrôle des infections COMPLÉTEZ	Utilisation d'un équipement de mob. →	1 intervenant	2+	
Radiations		Gale	Autre : _____	1 intervenant	2+
Autres	Rougeole	Usager - Éviter chute	Au lit	À l'accompagnement à la marche	
Usager - Éviter chute	Gastroentérite		Au fauteuil	Autre : _____	
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) :	ÉQUIPEMENT / MATÉRIEL	ENVIRONNEMENT (LIEU)
Geste dangereux, jeux	Équip. de protection inadéquat, défectueux	Aménagement inadéquat
Inobservance des méthodes de travail	Étiquette SIMDUT absente	Conditions ambiantes (gaz, fumée, chaleur, bruits, etc.)
Inobservance des règles de sécurité	Fiche signalétique non disponible	Éclairage inadéquat
Mobilisation du patient	Identification inadéquate, défectueuse	Espace restreint
Patient agressif	Matériel présentant un risque élevé	Propreté, désordre
Patient confus	Mécanisme de protection inadéquat	Sol inégal
Posture inadéquate	Outil, équipement défectueux	Surface glissante
	Outil, équipement inadéquat	Ventilation inadéquate
	Produit toxique	
ORGANISATION		INDIVIDU
Achat	Étiquette SIMDUT	Condition physique
Affectation (tâche et employé)	Formation (entraînement)	Connaissances
Analyse sécuritaire de tâche (inadéquate / absente)	Inspection	Comportement
Communication (info / affichage)	Méthode de travail (inadéquate)	Équipement de protection inutilisé
Conception (ingénierie)	Planification	Geste dangereux
Conditions atmosphériques (intempéries)	Procédure (inadéquate / absente)	Inadvertance
Description de tâche	Règlements (inadéquats / absents)	Inexpérience
Entretien	Supervision (surveillance / contrôle)	Temps supplémentaire
Entretien préventif		

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) : ____ / ____ / ____