

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 :

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cafétéria | <input type="checkbox"/> Entrée | <input type="checkbox"/> Stationnement / terrain extérieur |
| <input type="checkbox"/> Chambre | <input type="checkbox"/> Poste de travail | <input type="checkbox"/> Accès (escalier, ascenseur) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Corridor | <input type="checkbox"/> Salle de bains / toilettes | <input type="checkbox"/> 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																																							
<input type="checkbox"/> Agression physique <input type="checkbox"/> Agression psychologique <input type="checkbox"/> Choc électrique <input type="checkbox"/> Chute, glissade <input type="checkbox"/> Coincé, écrasé <input type="checkbox"/> Contact avec produits chimiques <input type="checkbox"/> Contact avec températures extrêmes <input type="checkbox"/> Contact avec patient contagieux <input type="checkbox"/> Contrôle physique <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Coupure, piqûre (non contaminé par sang) <input type="checkbox"/> Effort excessif (autre qu'auprès d'un usager) <input type="checkbox"/> Faux mouvement <input type="checkbox"/> Frappé par, heurté contre <input type="checkbox"/> Morsure, éclaboussure (non contaminé par sang) <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Radiations <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Usager - Éviter chute <input type="checkbox"/> Usager - Mobilisation	<input type="checkbox"/> Atteinte psychologique <input type="checkbox"/> Blessures aux tendons, ligaments <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Contusion, ecchymose, morsure <input type="checkbox"/> Corps étrangers <input type="checkbox"/> Dislocation, fracture <input type="checkbox"/> Entorse, foulure <input type="checkbox"/> Éraflures, coupures <input type="checkbox"/> Inflammation, infection <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Irritation de la peau, dermatite <input type="checkbox"/> Lacération majeure, amputation <input type="checkbox"/> Réaction allergique, immunisation <input type="checkbox"/> Autres : _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 7px;"> En cas de contact avec un patient contagieux confirmé par la prévention et contrôle des infections COMPLÉTEZ </div> <input type="checkbox"/> Gale <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Gastroentérite <input type="checkbox"/> Streptocoque <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Méningocoque <input type="checkbox"/> Varicelle / Zona <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Coccyx <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> État général, Multiples <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Yeux <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> Membres inférieurs <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Jambe <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Mollet </div> <div style="width: 48%;"> Membres supérieurs <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Poignet </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> Pieds <input type="checkbox"/> Orteil <input type="checkbox"/> Pied </div> <div style="width: 48%;"> Mains <input type="checkbox"/> Doigt <input type="checkbox"/> Main </div> </div> <div style="background-color: #ff0000; color: white; text-align: center; padding: 2px; font-weight: bold; font-size: 7px;"> Dans le cas d'un accident lié à la mobilisation ou à la chute d'un usager COMPLÉTEZ (Identifier 1 élément principal) </div> <div style="font-size: 7px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Usager - Mobilisation</td> <td style="width: 25%;">Transfert lit-civière →</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transfert lit-fauteuil →</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mob. au lit (lever/rehausser) →</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Mob. au fauteuil (lever/rehausser) →</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Relevé du sol →</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Soutien/contrôle d'un usager lors de soins →</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Utilisation d'un équipement de mob. →</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Autre: _____</td> <td><input type="checkbox"/> 1 intervenant</td> <td><input type="checkbox"/> 2+</td> </tr> </table> </div> <div style="font-size: 7px;"> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Usager - Éviter chute</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Au lit</td> <td style="width: 34%;"><input type="checkbox"/> À l'accompagnement à la marche</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Au fauteuil</td> <td><input type="checkbox"/> Autre: _____</td> </tr> </table> </div>	<input type="checkbox"/> Usager - Mobilisation	Transfert lit-civière →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Transfert lit-fauteuil →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Mob. au lit (lever/rehausser) →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Mob. au fauteuil (lever/rehausser) →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Relevé du sol →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Soutien/contrôle d'un usager lors de soins →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Utilisation d'un équipement de mob. →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+		Autre: _____	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> Usager - Éviter chute	<input type="checkbox"/> Au lit	<input type="checkbox"/> À l'accompagnement à la marche		<input type="checkbox"/> Au fauteuil	<input type="checkbox"/> Autre: _____	
<input type="checkbox"/> Usager - Mobilisation	Transfert lit-civière →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Transfert lit-fauteuil →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Mob. au lit (lever/rehausser) →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Mob. au fauteuil (lever/rehausser) →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Relevé du sol →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Soutien/contrôle d'un usager lors de soins →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Utilisation d'un équipement de mob. →	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
	Autre: _____	<input type="checkbox"/> 1 intervenant	<input type="checkbox"/> 2+																																						
<input type="checkbox"/> Usager - Éviter chute	<input type="checkbox"/> Au lit	<input type="checkbox"/> À l'accompagnement à la marche																																							
	<input type="checkbox"/> Au fauteuil	<input type="checkbox"/> Autre: _____																																							

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) : <input type="checkbox"/> Geste dangereux, jeux <input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail <input type="checkbox"/> Inobservance des règles de sécurité <input type="checkbox"/> Mobilisation du patient <input type="checkbox"/> Patient agressif <input type="checkbox"/> Patient confus <input type="checkbox"/> Posture inadéquate	<input type="checkbox"/> Equip. de protection inadéquat, défectueux <input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente <input type="checkbox"/> Fiche signalétique non disponible <input type="checkbox"/> Identification inadéquate, défectueuse <input type="checkbox"/> Matériel présentant un risque élevé <input type="checkbox"/> Mécanisme de protection inadéquat <input type="checkbox"/> Outil, équipement défectueux <input type="checkbox"/> Outil, équipement inadéquat <input type="checkbox"/> Produit toxique	<input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat <input type="checkbox"/> Conditions ambiantes (gaz, fumée, chaleur, bruits, etc.) <input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat <input type="checkbox"/> Espace restreint <input type="checkbox"/> Propreté, désordre <input type="checkbox"/> Sol inégal <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate
ORGANISATION	INDIVIDU	
<input type="checkbox"/> Achat <input type="checkbox"/> Affectation (tâche et employé) <input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâche (inadéquate / absente) <input type="checkbox"/> Communication (info / affichage) <input type="checkbox"/> Conception (ingénierie) <input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques (intempéries) <input type="checkbox"/> Description de tâche <input type="checkbox"/> Entretien <input type="checkbox"/> Entretien préventif	<input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT <input type="checkbox"/> Formation (entraînement) <input type="checkbox"/> Inspection <input type="checkbox"/> Méthode de travail (inadéquate) <input type="checkbox"/> Planification <input type="checkbox"/> Procédure (inadéquate / absente) <input type="checkbox"/> Règlements (inadéquats / absents) <input type="checkbox"/> Supervision (surveillance / contrôle)	<input type="checkbox"/> Condition physique <input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> Comportement <input type="checkbox"/> Équipement de protection inutilisé <input type="checkbox"/> Geste dangereux <input type="checkbox"/> Inadvertance <input type="checkbox"/> Inexpérience <input type="checkbox"/> 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) : _____ / _____ / _____