|  |
| --- |
| **Identification de l’employé** |
| Nom : | *Nom* | Prénom : | *Prénom* | Sexe : | [ ]  H | [ ]  F |
| No d’employé : | *No employé* | Titre d’emploi : | *Titre d’emploi* |
| Service : | *Service* |
| Quart de travail : | [ ]  J | [ ]  S | [ ]  N | Statut : | [ ]  TC | [ ]  TP | [ ]  TPO |
| Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? (année/mois) | Ancienneté |
| **Information sur l’événement accidentel** |
| Date de l’événement : | *Sélectionnez la date* | Heure : | *Heure* | *Minute* |
| Installation : | *Installation* |
| Lieu précis de l’événement : | *Lieu de l’évènement* |
| Date de la déclaration : | *Sélectionnez la date* | Heure : | *Heure* | *Minute* |
| Personne avisée : | *Nom de la personne* | Titre : | *Titre d’emploi de la personne avisée* |
| Nom et prénom du ou des témoins : | *Nom et prénom du ou des témoins* |
| **Description de l’événement accidentel par l’employé** |
| Veuillez décrire comment s’est produit l’événement accidentel |
|  | *Description de l’évènement accidentel* |  |
| **Site de lésion** |
| **Membres supérieurs** | **Mains** | **Membres inférieurs** | **Tête** | **Colonne/Tronc** |
| [ ] Épaule | [ ] G | [ ] Pouce | [ ] G | [ ] Cuisse | [ ] G | [ ] Tête | [ ] Cervicale |
| [ ] Bras | [ ] D | [ ] Index | [ ] D | [ ] Jambe | [ ] D | [ ] Visage | [ ] Dorsale |
| [ ] Avant-bras | [ ] Majeur | [ ] Hanche | [ ] Bouche | [ ] Lombaire |
| [ ] Coude | [ ] Annulaire | [ ] Genou/cheville | [ ] Dents | [ ] Bassin/coccyx |
| [ ] Poignet | [ ] Auriculaire | [ ] Mollet/pied | [ ] Nez | [ ] Thorax/côtes |
| [ ] Autre |  |  |  | [ ] Orteil |  |  | [ ] Œil | [ ] G | [ ] Système |
|  |  |  |  |  |  |  |  | [ ] D |  pulmonaire |
|  |  |  |  |  |
| **Mesures correctives** |
| Suggestions de mesures correctives |
|  | *Suggestions de mesures correctives* |  |
| **Signatures** |
|  |  |  |  | *Sélectionnez la date* |  |
| Travailleur | Date |
|  |  |  |  | *Sélectionnez la date* |  |
| Représentant de l’employeur | Date |

|  |
| --- |
| **Identification de l’employé** |
| Nom : | *Nom* | Prénom : | *Prénom* | Sexe : | [ ]  H | [ ]  F |
| No d’employé : | *No employé* | Titre d’emploi : | *Titre d’emploi* |
| **Séquence des faits** |
|  | *Veuillez décrire la séquence des faits* |  |
| **Analyse** |
| Quelles sont les causes qui ont contribué à l’événement accidentel ? |
| Personne : |
| *Analyse des causes/personne* |
| Organisation (communication, rotation, climat de travail) : |
| *Analyse des causes/organisation* |
| Équipement (lit/civière, chariot, lève-personne, etc.) : |
| *Analyse des causes/équipement* |
| Tâche (posture, cadence, méthode de travail) : |
| *Analyse des causes/tâche* |
| Environnement : |
| *Analyse des causes/environnement* |
| Temps (cadence, moment de la journée) : |
| *Analyse des causes/temps* |
| **Mesures correctives ou préventives** |
| *Inscrire des mesures correctives et préventives* | Échéancier | Responsable |
| *Échéancier* | *Nom du responsable* |
|  |  |  |  | *Sélectionnez une date* |  |
| Signature du représentant de l’employeur | Date |

|  |
| --- |
| **Type d’événement** |
| [ ]  Agression psychologique | [ ]  Contact piquant/tranchant | [ ]  Frappé par/frappé contre |
| [ ]  Agression physique | [ ]  Contact avec courant électrique | [ ]  Coincé/écrasé |
| [ ]  Contrôle physique, agitation | [ ]  Contact avec produit chimique | [ ]  Éclaboussure |
| [ ]  Mobiliser un client | [ ]  Effort excessif, manutention de | [ ]  Agents infectieux/bactérie |
| [ ]  Éviter une chute/retenir |  charge | [ ]  Autre(s) : |
| [ ]  Morsure | [ ]  Chute/glissade |  |

|  |
| --- |
| **Type de blessure** |
| [ ]  Atteinte psychologique | [ ]  Éraflure/coupure | [ ]  Réaction allergique |
| [ ]  Brûlure | [ ]  Inflammation/infection | [ ]  Étirement musculaire (tendinite,  |
| [ ]  Contusion/ecchymose | [ ]  Intoxication/contamination |  bursite) |
| [ ]  Corps étranger | [ ]  Irritation de la peau | [ ]  Fracture/dislocation/hernie |
| [ ]  Entorse/foulure | [ ]  Exposition/radiation | [ ]  Autre(s) : |

|  |
| --- |
| **Agents causals** |
| ***Tâche*** | ***Équipement/matériel*** | ***Client*** |
| [ ]  Situation urgente | [ ]  Équipement défectueux | [ ]  Obésité |
| [ ]  Tâche inhabituelle | [ ]  Équipement absent | [ ]  Geste imprévisible |
| [ ]  Mobilisation d’un client | [ ]  Levier au sol/sur rail | [ ]  Agressif |
| [ ]  Posture statique prolongée | [ ]  Fauteuil roulant | [ ]  Non collaborateur |
| [ ]  Pousser/tirer/pivoter | [ ]  Équipement mal utilisé | [ ]  Confus |
| [ ]  Effort excessif | [ ]  ÉPI défectueux/inadéquat | [ ]  Douleur présente |
| [ ]  Mouvement répétitif | [ ]  Douche/bain | [ ]  Agité |
| [ ]  Autre(s) : | [ ]  Matière dangereuse | [ ]  Autre(s) : |
|  | [ ]  Lit/civière |  |
|  | [ ]  Vêtements/chaussures |  |
|  | [ ]  Objet lourd |  |
|  | [ ]  Autre(s) : |  |
| ***Environnement*** | ***Organisation*** |
| [ ]  Encombrement | [ ]  Communication déficiente |
| [ ]  Entreposage inadéquat | [ ]  Entretien préventif inadéquat |
| [ ]  Éclairage inadéquat | [ ]  Formation/entraînement à revoir |
| [ ]  Surface glissante | [ ]  Procédure de travail inadéquate |
| [ ]  Sol inégal | [ ]  Mauvaise planification du travail |
| [ ]  Ambiance thermique | [ ]  Achat d’équipement non approprié |
| [ ]  Ventilation inadéquate | [ ]  Mauvaise conception d’équipement/poste |
| [ ]  Espace restreint | [ ]  Autre(s) : |
| [ ]  Autre(s) : |  |

|  |
| --- |
| **PDSB ‑ Tâche effectuée au moment de l’événement accidentel** |
| [ ]  Remonter un patient à la tête du lit | [ ]  Aider un client à entrer ou sortir du bain |
| [ ]  Assister un client à se lever ou s’asseoir dans le lit | [ ]  Assister un client pour le tourner dans le lit |
| [ ]  Aider un client à se lever ou s’asseoir | [ ]  Assister un client à s’asseoir ou se lever d’un fauteuil |
| [ ]  Rattraper un client dans sa chute |

|  |
| --- |
| **Niveaux d’assistance** |
| ***Niveau d’assistance lors de l’événement*** | ***Niveau d’assistance qui aurait dû être utilisé*** |
| [ ]  Supervision | [ ]  Assistance totale | [ ]  Supervision | [ ]  Assistance totale |
| [ ]  Assistance partielle |  | [ ]  Assistance partielle |  |
| **Équipements** |
| ***Quels équipements auraient pu être utilisés afin d’éviter cet événement accidentel ?*** |
| [ ]  Les équipements utilisés étaient adéquats, mais ont été mal utilisés. | [ ]  Les équipements utilisés étaient adéquats, mais n’étaient pas en bon état. |
| [ ]  Levier (sur rail ou mobile) | [ ]  Drap avec bande centrale |
| [ ]  Piqué glissant | [ ]  Trapèze, barre d’appui |
| [ ]  Surface de glissement (ex. : tube) | [ ]  Toile hygiénique |
| [ ]  Ceinture de marche | [ ]  Civière-douche |
| [ ]  Verticalisateur non motorisé | [ ]  Rallonge |
| [ ]  Verticalisateur motorisé | [ ]  Lit électrique |
| [ ]  Matériel pour client obèse (lit, fauteuil) | [ ]  Marchette |
| [ ]  Fauteuil roulant | [ ]  Autre(s) : |
| [ ]  Chaise d’aisances |  |

|  |
| --- |
| **Liquides biologiques – Circonstances de l’exposition** |
| [ ]  Piqûre | [ ]  Coupure |
| [ ]  Morsure | [ ]  Égratignure |
| [ ]  Contact avec une muqueuse/peau non saine |  |
| [ ]  Faux mouvement, collision avec une personne | [ ]  Fuite/rupture/désassemblage (tubulure, drain) |
| [ ]  Recapuchonnage d’une aiguille | [ ]  Éclaboussure/projection d’un patient |
| [ ]  En retirant une aiguille d’un client | [ ]  Contact direct avec le liquide biologique |
| [ ]  Durant le transport pour disposer du contenant | [ ]  Nettoyage/désinfection/triage d’instruments |
| [ ]  Bris d’un contenant ou d’un tube/déversement | [ ]  Autre(s) : |
| ***Agent causal*** | ***Nature du liquide*** |
| **Aiguille** | [ ]  Avec seringue | [ ]  Sang |
| [ ]  Prélèvement veineux | [ ]  Avec stylo-injecteur | [ ]  Sérum |
| [ ]  Biopsie/ponction | [ ]  Intramusculaire | [ ]  Plasma |
| [ ]  Suture | [ ]  Prélèvement artériel | [ ]  Liquide péritonéal |
| [ ]  Cathéter/intraveineux | [ ]  Liquide céphalorachidien |
| [ ]  Cathéter/veineux central | [ ]  Liquide pleural |
| [ ]  Cathéter/artériel | [ ]  Liquide amniotique |
| [ ]  Papillon/injection sous-cutanée | [ ]  Liquide synovial |
| [ ]  Papillon/prélèvement | [ ]  Liquide péricardique |
| [ ]  Électrocautère | [ ]  Salive |
| [ ]  Tube, capillaire, pipette, lame de microscope | [ ]  Sperme, sécrétions vaginales |
| [ ]  Lancette à prélèvement capillaire | [ ]  Inconnu |
| [ ]  Lame de bistouri, instruments chirurgicaux | [ ]  Autre(s) : |
| [ ]  Matériel de verre |  |
| [ ]  Autre(s) : |  |