|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) : | |  |