

SECTION A - À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

1- IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____ Matricule : _____
 Titre d'emploi : _____ Service : _____ Quart de travail : J S N
 Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? _____ Statut : TC TP Occ

2- L'ÉVÈNEMENT

Date de l'évènement : ____ / ____ / ____ Heure : _____
Année Mois Jour

Lieu précis où s'est produit l'évènement : _____
(N° de local, unité de soins, corridor, etc.)

3- DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT

Veillez décrire de façon précise, la tâche exécutée lors de l'accident, les gestes exécutés, etc. (matériel, équipement, positionnement, produits utilisés, autres).

4- INFORMATIONS SUR L'ÉVÈNEMENT

Personne avisée : _____ Titre : _____ / ____ / ____
Date Heure

Témoins de l'évènement : Oui Non

Nom : _____ Fonction _____

Nom : _____ Fonction _____

L'évènement implique-t-il un patient ? Si oui, nom et n° de chambre : _____

5- DESCRIPTION DE LA LÉSION

Partie du corps blessée : _____ Type de blessure : _____
(entorse, coupure, brûlure, contusion, autre)

Apparition de la douleur : date ____ / ____ / ____ heure : _____ Subite Progressive

6- MESURES CORRECTIVES SUGGÉRÉES

Ex. : équipement, formation, organisation du travail

7- EXPOSITION À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES (S'IL Y A LIEU)

a- Spécifier le type d'exposition (genre de contact) : ____ si autre : _____
(Voir code endos du formulaire, section A)

b- Veuillez spécifier l'agent causal : ____ si autre : _____
(Voir code endos du formulaire, section A)

c- Veuillez spécifier la nature du liquide : ____ si autre : _____
(Voir code endos du formulaire, section A)

d- Le liquide est-il teinté de sang ? Oui Non Si identité du patient est connue : _____
(N° de dossier et initiales du patient)

e- Patient source porteur de : Anti HbsAg Anti Hépatite C Anti VIH

f- Prélèvements patient source faits : oui non

Signature de l'employé(e) : _____ Date : ____ / ____ / ____ Heure : _____
Année Mois Jour

SECTION B - À REMPLIR PAR LE SUPÉRIEUR

1 - INFORMATIONS

Nom de l'employé : _____ Matricule : _____

Date de l'événement : ____ / ____ / ____

Quand avez-vous été avisé de l'événement ? (date/heure) : _____

Avez-vous visité les lieux de l'événement ? Oui Non Date de la visite : ____ / ____ / ____

Est-ce une activité reliée au travail habituel de l'employé ? Oui Non

Avez-vous des commentaires à ajouter à la description de l'événement ? Oui Non

Si oui, lesquels :

2- ACTIVITÉ AU MOMENT DE L'ÉVÉNEMENT

À quelle activité était affecté l'employé au moment de l'événement ? _____

Si l'incident implique un usager :

a- Veuillez spécifier l'activité lors de l'événement : |__|__| *si autre* : _____
(voir codes au verso, section B)

b- Comportements et caractéristiques du patient : |__|__|__| *si autre* : _____
(voir codes au verso, section C)

3. IDENTIFICATION DES CAUSES DE L'ÉVÉNEMENT

<input type="checkbox"/> Équipement - Lit/civière, chariot, outils, lève-patient, etc.	
<input type="checkbox"/> Environnement - Bruit, espace encombré, éclairage, etc.	
<input type="checkbox"/> Organisation du travail - Communication, rotation, climat de travail	
<input type="checkbox"/> Tâche - Fréquence des mouvements, effort, etc.	
<input type="checkbox"/> Individu - Formation, méthode de travail, expérience	

4- MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES

Suggérez-vous des correctifs ? Lesquels ? _____ Échéancier _____

Nom du supérieur	Signature	Téléphone	____ / ____ / ____ Date
------------------	-----------	-----------	----------------------------