

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

**4- MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES**

Suggérez-vous des correctifs ? Lesquels ? \_\_\_\_\_ Échéancier \_\_\_\_\_

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