

## Déclaration d'un événement accidentel Situation à risque pour le personnel

### Section A

#### DIRECTIVES : à remplir par l'employé.

- ✓ Veuillez acheminer ce document complété à votre supérieur immédiat afin que des mesures correctives et préventives soient appliquées le plus rapidement possible.
- ✓ **Supérieur immédiat** : veuillez acheminer la déclaration au Service SSMET, par courriel au [ssmet.prevention.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ssmet.prevention.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca) ou par télécopieur au 450-699-6585, dans un délai maximum de **24 à 48 heures**.

#### 1. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Ancienne composante :  CRDITED  CMR  Foster  Le Virage  SRSOR  CSSS JR  CSSS HSL  CSSS Suroît  CSSS VS

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Installation : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Quart de travail :  Jour  Soir  Nuit  Rotation

Statut :  TC/TCT  TPR/TPT  TPO/Sur appel Tâche :  Habituelle  Nouvelle

Temps supplémentaire :  Non  Oui Nb hrs : \_\_\_\_\_ Vous occupez votre poste depuis : \_\_\_\_\_

À quel groupe d'âge appartenez-vous :  18-24 ans  25-34 ans  35-44 ans  45-54 ans  55 ans et plus

#### 2A. ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL

- 2A1 : Un événement entraînant une blessure et qui nécessite une consultation médicale
- 2A2 : Un événement qui entraîne une blessure mineure sans consultation médicale

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu précis: \_\_\_\_\_

*(No de local ou de chambre, unité de soins, corridor, résidence de l'usager, etc.)*

#### 2B. SITUATION À RISQUE

- 2B1 : Une situation à risque ou potentiellement dangereuse
- 2B2 : Un événement que l'on qualifie de « passé proche » et qui aurait pu entraîner une blessure

Date de l'événement : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu précis: \_\_\_\_\_

*(No de local ou de chambre, unité de soins, corridor, résidence de l'usager, etc.)*

#### 3. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE

##### Type d'événement accidentel

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chute/Glissade             | <input type="checkbox"/> Exposition au sang et liquides biologiques    | <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif   | <input type="checkbox"/> Violence non verbale (Lance des objets dirigés, mais évités. Vous évitez à répétitions : un coup, une tape, une agression. Vous regarde de façon menaçante et soutenue, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Coincé/Écrasé/Heurté       | <input type="checkbox"/> Effort excessif (autre qu'auprès d'un usager) | <input type="checkbox"/> Usager - éviter chute | <input type="checkbox"/> Violence Verbale (Abus de langage, menace/intimidation, etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Contact produits chimiques | <input type="checkbox"/> Faux mouvement                                | <input type="checkbox"/> Usager-mobilisation   | <input type="checkbox"/> Violence contre autrui (Tape, pince, frappe, mord, grafigne, vous atteint avec des objets, etc.)  |
| <input type="checkbox"/> Coupure/Brûlure            |  | <input type="checkbox"/> Autre : _____         |  |

##### Veuillez décrire de façon précise, la tâche exécutée lors de l'événement accidentel ou la situation à risque.

Gestes posés, personnes impliquées, matériel, équipement, positionnement, produits utilisés, possibilité d'abus, agression, autres.

##### Informations sur la personne présumée agresseur (Dans le cas d'une manifestation de violence/agression)

No dossier/chambre : \_\_\_\_\_ Sexe  F  M Type :  Usager  Famille  Autre :

#### 4. INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU LA SITUATION À RISQUE

Personne avisée (Titre): \_\_\_\_\_ Date (Heure) : \_\_\_\_\_ H:

Témoin(s) de l'événement :  Oui  Non Nom (Titre) :

#### 5. DESCRIPTION DE LA LÉSION OU DE L'AGRESSION

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune blessure        | <input type="checkbox"/> Contusion/Ecchymose         | <input type="checkbox"/> Éraflure/Lacération  | <input type="checkbox"/> Irritation de la peau           |
| <input type="checkbox"/> Atteinte psychologique | <input type="checkbox"/> Enflure/Foulure/Entorse     | <input type="checkbox"/> Inflammation/Douleur | <input type="checkbox"/> Usager morsure sans bris cutané |
| <input type="checkbox"/> Brûlure                | <input type="checkbox"/> Éclaboussure sur peau saine | <input type="checkbox"/> Autre : _____        |  |
- Contact ou exposition au sang et à des liquides biologiques (**veuillez remplir le verso**)

##### Site de la lésion

(partie(s) du corps atteinte(s)) Précisez : \_\_\_\_\_

Premiers soins reçus :  Oui  Non

##### Apparition de la douleur ou des symptômes

Date : \_\_\_\_\_  Subite  Progressive

#### 6. MESURES CORRECTIVES SUGGÉRÉES OU MISES EN PLACE

Ex. : équipement, formation, organisation du travail, etc. :

#### 7. SIGNATURES

_____	_____	_____
Nom de l'employé(e)	Signature	Date
_____	_____	_____
Nom du supérieur immédiat ou son remplaçant	Signature	Date

Déclaration d'un événement accidentel  
Situation à risque pour le personnel

**8. Exposition au sang ou à des liquides biologiques**

**\*\* Vous référer au protocole postexposition afin de vous assurer que toutes les étapes sont complétées adéquatement**

**Spécifier le type d'exposition** (genre de contact)

Piqûre d'aiguille – site : \_\_\_\_\_

Coupure - objet en cause (aiguille/scalpel) : \_\_\_\_\_  
Geste impliqué : \_\_\_\_\_

Égratignure

Éclaboussure :  Sur peau non saine - (décrire la peau) : \_\_\_\_\_  
 Sur une muqueuse - (décrire l'état) : \_\_\_\_\_

Morsure avec bris cutané

**Premiers soins reçus :**  Oui  Non

Si oui, indiquez le lieu où les soins ont été prodigués : \_\_\_\_\_

**Nom de la personne** qui a administré les premiers soins : \_\_\_\_\_

**Provenance de l'aiguille/instrument** (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Type d'aiguille/numéro : \_\_\_\_\_

Geste impliqué :  En recapsulant  En jetant l'aiguille  Autre : \_\_\_\_\_

Expliquez : \_\_\_\_\_

**Barrières physiques :** Gants :  Oui  Non Lunettes :  Oui  Non  
**Type de blessure :**  Superficielle  Profonde  Avec saignement  Sans saignement

**Agents causals**

Environnement (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Équipement (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Organisation (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Individu (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Tâches (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**Nature du liquide**

Liquide amniotique  Liquide pleural  Sécrétions vaginales  Sperme

Liquide céphalo-rachidien  Liquide synovial  Selles  Urine

Liquide péricardique  Salive  Sécrétions endotrachéales - teintées de sang :  Oui  Non

Liquide péritonéal  Sang  Autre liquide (spécifiez) : \_\_\_\_\_

**Le liquide était-il teinté de sang?**  Oui  Non  Ne sait pas

**PERSONNE SOURCE CONNUE :**  Oui  Non

Nom : \_\_\_\_\_ No. Dossier : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

**9. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**

\_\_\_\_\_