

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT/ INCIDENT / SITUATION A RISQUE/ MALADIE PROFESSIONNELLE

SECTION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

1. Identification de l'employé

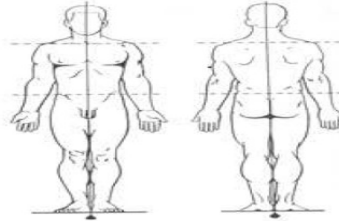
Nom et prénom : _____ Installation : _____
 Matricule : _____ Service : _____
 Titre d'emploi : _____ Quart de travail : Jour Soir Nuit Rotation
 Statut : TC TPR TPO/Sur appel Tâche : Régulière Nouvelle
 Temps supplémentaire : Non Oui Nb hrs : _____ Depuis quand ? : _____

2A. ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL (SI SITUATION A RISQUE PASSER DIRECTEMENT AU POINT 2B)

- 2A1 : Un événement qui entraîne une blessure mineure sans consultation médicale- Avec ou sans premiers soins
 2A2 : Un événement entraînant une blessure et qui nécessite une consultation médicale
 2A3 : Une maladie professionnelle

Premiers soins reçus Oui Non

Site de la lésion : (partie(s) du corps atteinte(s)) : _____



Date de l'événement : _____ Heure : _____

Lieu précis : _____
 (No de local ou de chambre, unité de soins, corridor, résidence de l'utilisateur, etc.)

Apparition de la douleur ou des symptômes Subite Progressive Date d'apparition de la douleur ou des symptômes : _____

2B. SITUATION À RISQUE OU POTENTIELLEMENT DANGEREUSE

INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU LA SITUATION À RISQUE

Personne avisée (Titre): _____ Date : _____ Heure: _____
 Témoin(s) de l'événement : Oui Non Noms (Titres) : _____

3. Description de l'événement accidentel ou la situation à risque

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chute, glissade du même niveau (ex. plancher) ou non (ex. échelle) Précisions: _____ | <input type="checkbox"/> Effort excessif : déplacement de patient / matériel / équipement Précision sur le poids : _____ |
| <input type="checkbox"/> Exposition à un produit dangereux / chimique (ex. SIMDUT) Précision produit et quantité : _____ | <input type="checkbox"/> Membre coincé, écrasé Précision sur l'équipement : _____ |
| <input type="checkbox"/> Agression verbale | <input type="checkbox"/> Agression physique (frappé, égratignure, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Apparition graduelle de la douleur | <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Exposition à un liquide biologique (ex. piqûre d'aiguille, morsure, autre) ** Vous référer au protocole postexposition afin de vous assurer que toutes les étapes sont complétées adéquatement | Risque psychosocial (RPS) <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

Veillez décrire de façon précise, la tâche exécutée lors de l'événement accidentel ou la situation à risque.
 (QUI QUOI QUAND ENDROIT POURQUOI Gestes posés, personnes impliquées, matériel, équipement, positionnement, produits utilisés)

4. Veillez décrire quelles seraient les mesures préventives et/ou correctives à apporter selon vous

5. Signatures

Je suis informé de la procédure de déclaration d'un incident/ accident/ maladie professionnelle situation à risque et je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à l'événement survenu.

Signature du travailleur: _____ Date de réception du document par le supérieur : _____
 Date : _____ Signature du supérieur : _____ Date: _____

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT/ INCIDENT / SITUATION A RISQUE/ MALADIE PROFESSIONNELLE

SECTION À COMPLÉTER PAR LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT EN COLLABORATION AVEC L'EMPLOYÉ

1. Description de l'activité en cours au moment de l'évènement

| |
|--|
| |
|--|

2. Veuillez cocher les agents ayant contribué à la survenue de l'évènement (agents causals ou causes possibles)

Environnement

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aménagement inadéquat | <input type="checkbox"/> Sol inégal | <input type="checkbox"/> Surface glissante | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> Espace restreint | <input type="checkbox"/> Désordre / malpropreté | <input type="checkbox"/> Bruit, éclairage, ventilation | Précisions : |

| Mesures préventives / correctives | Responsable | Date d'échéance | Date complétée |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| | | | |

Équipement matériel

| | | | |
|---|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille | <input type="checkbox"/> SIMDUT/matières dangereuses | <input type="checkbox"/> Outils /Équipements défectueux | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Équipement coupant, tranchant, piquant | <input type="checkbox"/> Utilisation d'équipements inadéquats | Précisions : | |

| Mesures préventives / correctives | Responsable | Date d'échéance | Date complétée |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| | | | |

Individu

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Équipement de protection non utilisé | <input type="checkbox"/> Condition Physique | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Inadvertance | <input type="checkbox"/> Manque de connaissances | Précisions : | |

| Mesures préventives / correctives | Responsable | Date d'échéance | Date complétée |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| | | | |

Organisation du travail

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Problématique de communication | <input type="checkbox"/> Méthode de travail utilisée | <input type="checkbox"/> Autre | |
| <input type="checkbox"/> Formation absente ou inadéquate | <input type="checkbox"/> Procédure de travail inadéquate | Précisions : | |

| Mesures préventives / correctives | Responsable | Date d'échéance | Date complétée |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| | | | |

Tâche

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Posture inadéquate | <input type="checkbox"/> Rythme d'exécution de la tâche | <input type="checkbox"/> Autre | |
| <input type="checkbox"/> Comportement d'un(e) collègue/pair/tierce personne | <input type="checkbox"/> Tâche inhabituelle | Précisions : | |

| Mesures préventives / correctives | Responsable | Date d'échéance | Date complétée |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| | | | |

3. Signatures

| | | |
|-------------------------------|-----------|-------------------|
| Personne ayant fait l'enquête | Signature | Date de l'enquête |
|-------------------------------|-----------|-------------------|

4. Suivi des mesures correctives et préventives par le gestionnaire

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------|
| Je suis responsable du suivi des mesures jusqu'à leur mise en place | | |
| Nom du gestionnaire : | Signature du gestionnaire : | Date de l'enquête |

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ACCIDENT/ INCIDENT / SITUATION A RISQUE/ MALADIE PROFESSIONNELLE

Lexique des agents causals ou causes possibles

Analyse des formulaires de déclaration d'accident / incident du travail

| Environnement | |
|---|---|
| ➤ Aménagement inadéquat | Meubles ou équipements placés de façon non optimale pour la tâche à effectuer. |
| ➤ Espace restreint | Manque d'espace pour bien effectuer la tâche de façon sécuritaire, contraintes architecturales. |
| ➤ Propreté / désordre / malpropreté | Encombrement, environnement surchargé, objet / équipement qui font obstacle (ex. fils au sol). |
| ➤ Sol inégal | Pente, inclinaison, trou, irrégularités du sol. |
| ➤ Surface glissante | Plancher mouillé, glace. |
| ➤ Bruit, éclairage, température, ventilation | Environnement bruyant, manque d'éclairage, problème de climatisation, etc. |
| ➤ Animaux / parasites | Présence d'animaux ou de parasites (ex. : chiens, punaises de lit, puces, etc.). |
| Équipement / matériel | |
| ➤ Piqûre d'aiguille | Piqûre d'aiguille, seringue, stylo à insuline. |
| ➤ Outils/équipements défectueux | Bris, ne fonctionne pas bien. |
| ➤ Outils/équipements inadéquats | Non adapté à la tâche à effectuer, non prévu à cet effet. |
| ➤ SIMDUT/matières dangereuses | Équipement de protection individuelle (absent, mauvais choix), absence d'information sur le produit ou contenant, identification inadéquate, présence et utilisation de substances nocives. |
| Individu | |
| ➤ Comportement inapproprié | Inadéquat pour la tâche à effectuer, distrait, mouvement qui expose l'individu à un danger, à un risque, mouvement. |
| ➤ Condition physique | Capacité à exécuter la tâche, handicap, limitations fonctionnelles, fatigue. |
| ➤ Connaissances | Absentes ou insuffisantes, manque d'expérience, de connaissances (formation), pour effectuer la tâche. |
| ➤ Équipement de protection Individuel inutilisé | EPI fournis, mais non utilisé par l'individu. |
| ➤ Inadvertance | Évènement imprévisible, impossible à prévenir ou oublié. |
| Organisation du travail | |
| ➤ Problématique de communication | Absence de partage d'information, information manquante, aucun affichage. |
| ➤ Procédure de travail inadéquate | Problème de conception de la procédure en fonction de la tâche à exécuter. |
| ➤ Formation absente ou inadéquate | Manque d'entraînement / période d'apprentissage (compagnonnage). |
| ➤ Méthode de travail utilisée | Procédure inadéquate/absente, méthode de travail à risque, non sécuritaire. |
| ➤ Règlement | Inadéquat, absent, non divulgué par l'employeur. |
| ➤ Autre | Absence de partage d'information, information manquante, aucun affichage. |