

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.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca ou par télécopieur au 450 699-8134, 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 : _____ | | |

Veillez 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) : _____

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

