

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ ET ANALYSE
D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE SITUATION À RISQUE

À REMPLIR PAR LE DÉCLARANT

Veillez écrire en lettres moulées

1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

a) Informations personnelles

Nom, prénom : _____ Matricule : _____ Sexe : F M

Titre d'emploi : _____ Âge _____

Statut Temps complet Temps partiel régulier(TPR) Occasionnel(TPO) Stagiaire Bénévole Autre, spécifiez _____

Nom de l'Installation : CHSLD _____ CJ _____ CLSC _____

Svp veuillez inscrire le site spécifique. CRDI/RAC _____ CRD _____ CRDP/URFI _____

Hôpital _____ Autre : _____

Nom du service : _____ Nombre d'années dans le service : _____

b) Description de l'évènement

Date de l'évènement : / / Heures de l'évènement : _____ (0 à 24 heures)

Quart de travail : En semaine Fin de semaine Jour Soir Nuit Temps supplémentaire Oui Non Temps supplémentaire obligatoire Oui Non

Type d'évènement et nature de la blessure :	Accident	Chute	Agression verbale	Agression physique
	<input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure majeure <input type="checkbox"/> Coupure mineure <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Inflammation <input type="checkbox"/> Médicaments dangereux <input type="checkbox"/> Piqûre d'insectes <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Aucune blessure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure majeure <input type="checkbox"/> Coupure mineure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Atteinte psychologique <input type="checkbox"/> Insultes <input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Menaces <input type="checkbox"/> Paroles/propos injurieux ou à caractère sexuel <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Aucune blessure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure majeure <input type="checkbox"/> Coupure mineure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Exposition à un liquide biologique (ex. salive, sang) <input type="checkbox"/> Inflammation <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____
	PPE (Protocole Post-Exposition) <i>Vous devez compléter l'enveloppe PPE mise à votre disposition.</i>	Contact matière dangereuse	Trouble musculo-squelettique (TMS)	Situation à risque
	<input type="checkbox"/> Sur les lieux du travail régulier <input type="checkbox"/> Ailleurs dans l'installation, spécifiez (cafétéria, salle de pause, etc.) : _____ <input type="checkbox"/> À l'extérieur de l'installation, spécifiez (autre installation, stationnement, sur la route, chez un client, etc.) : _____	<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Inflammation/Brûlure <input type="checkbox"/> Irritation de la peau <input type="checkbox"/> Produit dans l'œil <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Diagnostic connu (bursite, tendinite, épicondylite, hernie, etc.) Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Douleur (épaules, dos, cou, coudes, poignets, genoux, etc.) Spécifiez : _____	Détaillé la situation à risque à la section : DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÈNEMENT OU LA SITUATION À RISQUE

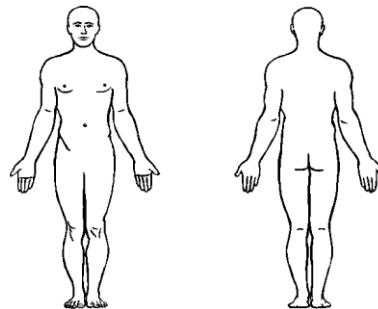
Lieu de l'évènement : _____

Usager impliqué : si un usager est impliqué dans l'évènement, veuillez inscrire le no. de dossier / chambre de l'usager :

DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÈNEMENT OU LA SITUATION À RISQUE (*Joindre une feuille supplémentaire au besoin.)
(uniquement des faits, aucune interprétation) (quel est le lieu exact de l'évènement, que faisiez-vous exactement, que s'est-il produit juste avant la survenue de l'évènement, comment l'évènement est-il survenu, quelles étaient les particularités de l'environnement de travail? Etc.).

QUELLES SONT LES SOLUTIONS MISES EN PLACE ET QUE VOUS POURRIEZ METTRE EN PLACE SUITE À L'ÉVÈNEMENT ?

Si blessure physique, encerclez sur le schéma les sites de la douleur.



SPÉCIFIEZ :

Joindre une feuille supplémentaire au besoin.

Premiers soins effectués par, le cas échéant :

c) Témoins

1^{er} : Nom, prénom :

2^e : Nom, prénom :

Matricule : _____

Matricule : _____

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à ce qui s'est produit. (Procédure disponible dans l'intranet via l'onglet outils de travail)

Signature de l'employé(e) : _____

Date : _____

Veillez faire remplir le verso par votre supérieur immédiat ou son représentant et faire parvenir le formulaire par courriel à :

rapport_declaration_enquete_employe.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca

Note importante : À numériser recto-verso, un formulaire à la fois ! (1 formulaire = 1 fichier)

2. IMPACTS			
DOMMAGES MATÉRIELS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, lesquels _____			
Montant des dommages matériels : _____ \$ _____			
Risque de récurrence <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Analyse (cochez le niveau) : 1 <input type="checkbox"/> (Ex. blessure mineure, assignation temporaire, arrêt de travail conséquence mineure) 2 <input type="checkbox"/> (Ex. conséquence permanente, coup à la tête, violence physique grave, atteinte psychologique, récurrence)			
3. ANALYSE			
BRÈVE ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT EN COLABORATION AVEC L'EMPLOYÉ .			
4. AGENTS CAUSALS (M.É.L.I.T.O)			
Moment	<input type="checkbox"/> Hors travail - Avant	<input type="checkbox"/> Pendant la période estivale (mai à septembre)	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire obligatoire
<input type="checkbox"/> Au travail - Jour	<input type="checkbox"/> Hors travail - Après	<input type="checkbox"/> Remplacement ponctuel <small>(a été appeler le jour même, avant que le quart débute)</small>	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Au travail - Nuit	<input type="checkbox"/> Hors travail - Repas ou pause	<input type="checkbox"/> Retour d'un congé long terme	_____
<input type="checkbox"/> Au travail - Soir	<input type="checkbox"/> Lors d'un jour férié	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	_____
Équipement et matériel	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (ÉPI), non disponible ou non utilisé	<input type="checkbox"/> Équipement non disponible	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Absence d'étiquette	<input type="checkbox"/> Équipement mal entretenu	<input type="checkbox"/> Mauvaise conception de l'équipement	_____
<input type="checkbox"/> Absence signalisation	<input type="checkbox"/> Équipement/matériel trop lourd	<input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou non approprié	_____
<input type="checkbox"/> Équipement défectueux	<input type="checkbox"/> Équipement non approprié pour la tâche		_____
Lieux/ Environnement	<input type="checkbox"/> Climat de travail négatif	<input type="checkbox"/> Conditions routières	<input type="checkbox"/> Stationnement glacé, enneigé, mal entretenu
<input type="checkbox"/> Capacité du client : (ex. fatigué) précisez : _____	<input type="checkbox"/> Comportement imprévu	<input type="checkbox"/> Encombrement	<input type="checkbox"/> Surface glissante
_____	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Bruit	<input type="checkbox"/> Équipement mal installé ou installé au mauvais endroit	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
_____	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Éclairage	<input type="checkbox"/> Espace restreint – Espace clos	_____
<input type="checkbox"/> Client confus/non collaborateur	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Qualité de l'air	<input type="checkbox"/> Lacunes ergonomiques du poste de travail	_____
<input type="checkbox"/> Client désorganisé	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Température (froid-chaud)	<input type="checkbox"/> Présence animal domestique	_____
	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Ventilation	<input type="checkbox"/> Présence d'angle mort (chambre, salle, etc.)	_____
Individu (employé)	<input type="checkbox"/> Équipement mal utilisé ou non utilisé	<input type="checkbox"/> PDSB non respecté	<input type="checkbox"/> Manquement à une procédure, directive
<input type="checkbox"/> Approche relationnelle non respectée	<input type="checkbox"/> Fatigué / stressé / manque d'attention	<input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate /contraignante	précisez : _____
<input type="checkbox"/> Condition physique - capacité	<input type="checkbox"/> Instructions verbales non suivies	<input type="checkbox"/> Risque minimisé (baisser sa garde, etc.)	_____
<input type="checkbox"/> Connaissance de l'équipement	<input type="checkbox"/> Manque de formation	<input type="checkbox"/> Travail d'équipe déficient	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> En période d'initiation et d'essai/probation	<input type="checkbox"/> Mauvaise connaissance du plan de soins		_____
Tâche	<input type="checkbox"/> Communication d'une directive à l'usager	<input type="checkbox"/> Geste inapproprié	<input type="checkbox"/> Soins de santé
<input type="checkbox"/> Activité extérieure/accompagnement	<input type="checkbox"/> Déplacement entre 2 assises	<input type="checkbox"/> Maintien/contension usager	<input type="checkbox"/> Travail atypique ou inhabituel
<input type="checkbox"/> Activité/loisir avec usager	<input type="checkbox"/> Effort excessif	<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un usager	<input type="checkbox"/> Urgence d'intervention
<input type="checkbox"/> Assistance à la chute ou à la marche	<input type="checkbox"/> Entrevue/suivi de dossier	<input type="checkbox"/> Mouvements effectués	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Cadence de travail	<input type="checkbox"/> Fréquence d'exécution (tâche répétitive)	<input type="checkbox"/> Soins d'hygiène	_____
Organisation	<input type="checkbox"/> Inspection des véhicules	<input type="checkbox"/> Plan de soins	<input type="checkbox"/> Programme de formation insuffisant
<input type="checkbox"/> Communication, affichage	<input type="checkbox"/> Méthode de mobilisation	<input type="checkbox"/> Planification du travail	<input type="checkbox"/> Programme d'orientation insuffisant
<input type="checkbox"/> Entretien préventif	<input type="checkbox"/> Personnel prévu à l'horaire	<input type="checkbox"/> Procédure de travail sécuritaire	<input type="checkbox"/> Temps de réalisation de la tâche
<input type="checkbox"/> Inspection des lieux	<input type="checkbox"/> Autre précisez : _____		_____
5. RECOMMANDATIONS – SOLUTIONS À METTRE EN PLACE			
Mesure :			
Responsable – Mise en place :	Responsable – Suivi :	Date d'échéance :	Complété <input type="checkbox"/>
Mesure :			
Responsable – Mise en place :	Responsable – Suivi :	Date d'échéance :	Complété <input type="checkbox"/>
*Joindre une feuille supplémentaire au besoin.			
6. COMMENTAIRES (Si plus d'une personne touchée par l'événement, veuillez inscrire les informations se retrouvant à la section 1 a) pour chacun de ceux-ci).			
7. SIGNATURE OBLIGATOIRE DU GESTIONNAIRE :			
Prénom et nom (en lettre moulées) _____			
Signature : _____	Date : _____		