

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

**À REMPLIR PAR LE DÉCLARANT**

**Veuillez 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 :     /    /     Heure de l'évènement : \_\_\_\_\_ (0 à 24 heures)  
 Quart de travail :  En semaine  Jour  Soir  Nuit Temps  Oui  Non Temps supplémentaire  Oui  Non  
 Fin de semaine  Jour supplémentaire  Non Temps supplémentaire obligatoire  Non

<b>Type d'évènement et nature de la blessure :</b>	<b>Accident</b>	<b>Chute</b>	<b>Agression verbale</b>	<b>Agression physique</b>
	<input type="checkbox"/> Amputation	<input type="checkbox"/> Aucune blessure	<input type="checkbox"/> Atteinte psychologique	<input type="checkbox"/> Aucune blessure
	<input type="checkbox"/> Brûlure	<input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose	<input type="checkbox"/> Insultes	<input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose
	<input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose	<input type="checkbox"/> Coup à la tête	<input type="checkbox"/> Intimidation	<input type="checkbox"/> Coup à la tête
<input type="checkbox"/> Corps étranger	<input type="checkbox"/> Coupure majeure	<input type="checkbox"/> Menaces	<input type="checkbox"/> Coupure/lacération	
<input type="checkbox"/> Coup à la tête	<input type="checkbox"/> Coupure mineure	<input type="checkbox"/> Paroles/propos injurieux ou à caractère sexuel	<input type="checkbox"/> Plaie ouverte	
<input type="checkbox"/> Plaie ouverte	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Stress/ Anxiété	<input type="checkbox"/> Douleur/ Inflammation	
<input type="checkbox"/> Coupure /lacération	<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Écochure/égratignure	
<input type="checkbox"/> Éraflure	<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____		<input type="checkbox"/> Exposition à un liquide biologique (ex. salive, sang)	
<input type="checkbox"/> Douleur/ Inflammation			<input type="checkbox"/> Spasme	
<input type="checkbox"/> Médicaments dangereux	<b>Contact matière dangereuse</b>	<b>Trouble musculo-squelettique (TMS)</b>	<input type="checkbox"/> Morsure	
<input type="checkbox"/> Piqûre d'insectes	<input type="checkbox"/> Dermate	<input type="checkbox"/> Diagnostic connu (bursite, tendinite, épicondylite, hernie, etc.)	<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	
<input type="checkbox"/> Réaction allergique	<input type="checkbox"/> Inhalation	Spécifiez : _____		
<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<input type="checkbox"/> Inflammation/Brûlure	<input type="checkbox"/> Douleur (épaules, dos, cou, coudes, poignets, genoux, etc.)	<input type="checkbox"/> <b>SITUATION À RISQUE</b>	
-	<input type="checkbox"/> Irritation de la peau	Spécifiez : _____	Détaillé la situation à risque à la section : <b>DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÈNEMENT OU LA SITUATION À RISQUE</b>	
-	<input type="checkbox"/> Produit dans l'œil			
-	<input type="checkbox"/> Réaction allergique			
-	<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____			

**PPE (Protocole Post-Exposition)**  
***Vous devez compléter l'enveloppe PPE mise à votre disposition.***

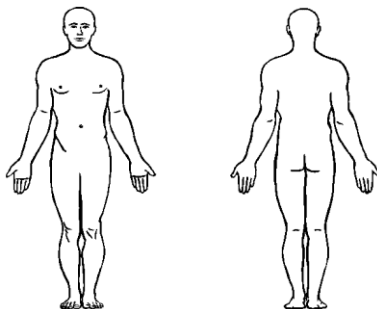
**Lieu de l'évènement :**  Sur les lieux du travail régulier  Ailleurs dans l'installation, spécifiez (cafétéria, salle de pause, etc.): \_\_\_\_\_  
 À l'extérieur de l'installation, spécifiez (autre installation, stationnement, sur la route, chez un client, etc.): \_\_\_\_\_

**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.)**  
**(AVANT L'ÉVÈNEMENT - ----- PENDANT L'ÉVÈNEMENT ----- APRÈS L'ÉVÈNEMENT).**

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<sup>er</sup> : Nom, prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> : 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 : \_\_\_\_\_

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

**daat12.cisssca@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	<input type="checkbox"/> Lunette de vue*	<input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Autres :
Montant des dommages matériels :	_____ \$	<input type="checkbox"/> Vêtement/uniforme *	<input type="checkbox"/> Bottes /chaussures*
<b>*Le dommage matériel pouvant faire l'objet d'un remboursement doit être rattaché à un événement accidentel et requis dans l'exercice de ses fonctions.</b>			
Risque de récurrence	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
<b>Analyse requise (cochez le niveau) :</b>	<b>NIVEAU 1</b> <input type="checkbox"/> (Verso du DAAT-12 obligatoire) <b>NIVEAU 2</b> <input type="checkbox"/> (Ex. conséquence permanente, coup à la tête significatif, violence physique grave, récurrence organisationnelle) <span style="color: green;">Référez-vous au MÉLITO ou MÉLITO + pour bien remplir le formulaire</span>		
3. ANALYSE			
BRÈVE ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT EN COLLABORATION <b>AVEC L'EMPLOYÉ.</b>			
4. AGENTS CAUSALS (M.É.L.I.T.O)			
<b>Moment</b>			
<input type="checkbox"/> En début de quart	<input type="checkbox"/> Travail urgent	<input type="checkbox"/> En fin de quart	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<b>Équipement et matériel</b>			
<input type="checkbox"/> Équipement à risque élevé	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel	<input type="checkbox"/> Manque d'équipement	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Équipement défectueux	<input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente	<input type="checkbox"/> Matière toxique, inflammable ou corrosive	
<input type="checkbox"/> Équipement inadéquat ou non ergonomique	<input type="checkbox"/> Fiche de données de sécurité non disponible	<input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou inadéquat	
<b>Lieux/ Environnement</b>			
<input type="checkbox"/> Condition ambiante impropre	<input type="checkbox"/> Encombrement	<input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propreté	<input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate
<input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques	<input type="checkbox"/> Espace restreint	<input type="checkbox"/> Mauvais entreposage	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> Inégalité du sol	<input type="checkbox"/> Surface glissante	
<b>Individu (employé)</b>			
<input type="checkbox"/> Attitude désintéressée	<input type="checkbox"/> Comportement inadéquat	<input type="checkbox"/> Geste inadéquat ou dangereux	<input type="checkbox"/> Inexpérience
<input type="checkbox"/> Condition physique - capacité	<input type="checkbox"/> ÉPI inutilisé	<input type="checkbox"/> Habileté insuffisante	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Connaissance insuffisante	<input type="checkbox"/> Faculté affaiblie ou condition personnelle	<input type="checkbox"/> Inadvertance	
<b>Tâche</b>			
<input type="checkbox"/> Aiguille	<input type="checkbox"/> Effort excessif	<input type="checkbox"/> Inobservance des procédures et règles de sécurité	<input type="checkbox"/> Patient confus
<input type="checkbox"/> Cadence de travail	<input type="checkbox"/> Geste dangereux	<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un usager	<input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate
<input type="checkbox"/> Consigne et instruction non suivies	<input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail	<input type="checkbox"/> Patien agressif ou défensif	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<b>Organisation</b>			
<input type="checkbox"/> Achat non approprié, non adéquat	<input type="checkbox"/> Diffusion inadéquate des consignes/ mauvaise communication	<input type="checkbox"/> Manque de personnel	
<input type="checkbox"/> Affectation inadéquate	<input type="checkbox"/> Formation ou entraînement insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvaise conception	<input type="checkbox"/> Procédure/règles inadéquate ou inexistante
<input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâches	<input type="checkbox"/> Inspection déficiente	<input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail	<input type="checkbox"/> Supervision et contrôle inadéquat
<input type="checkbox"/> Description de tâche	<input type="checkbox"/> Insuffisance de l'entretien		
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 moulée)			
Signature :	_____	Date :	_____