

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 : JJ / MM / AAAA Heure de l'évènement : _____ (0 à 24 heures)

Quart de travail : En semaine Fin de semaine Jour Soir Nuit

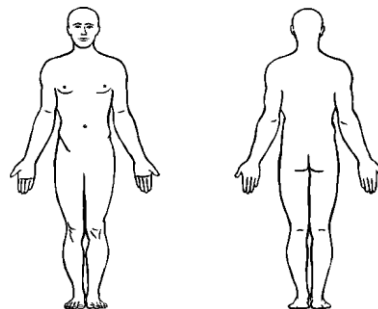
Temps supplémentaire Oui Non Temps supplémentaire obligatoire Oui Non

Type d'évènement et nature de la blessure :	<p>Accident</p> <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"/> Plaie ouverte <input type="checkbox"/> Coupure /lacération <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Douleur/ Inflammation <input type="checkbox"/> Médicaments dangereux <input type="checkbox"/> Piqûre d'insectes <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ - - <p>PPE (Protocole Post-Exposition) Vous devez compléter l'enveloppe PPE mise à votre disposition.</p>	<p>Chute</p> <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 : _____ _____ <p>Contact matière dangereuse</p> <input type="checkbox"/> Dermatite <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 : _____ _____	<p>Agression verbale</p> <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/ Anxiété <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ _____ <p>Trouble musculo-squelettique (TMS)</p> <input type="checkbox"/> Diagnostic connu (bursite, tendinite, épicondylite, hernie, etc.) Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Douleur (épaules, dos, cou, coudes, poignets, genoux, etc.) Spécifiez : _____	<p>Agression physique</p> <input type="checkbox"/> Aucune blessure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure/lacération <input type="checkbox"/> Plaie ouverte <input type="checkbox"/> Douleur/ Inflammation <input type="checkbox"/> Écochure/égratignure <input type="checkbox"/> Exposition à un liquide biologique (ex. salive, sang) <input type="checkbox"/> Spasme <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ _____ <p><input type="checkbox"/> SITUATION À RISQUE Détaillé la situation à risque à la section : DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÈNEMENT OU LA SITUATION À RISQUE</p>
	<p>Lieu de l'évènement:</p> <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.): _____	<p>Usager impliqué : si un usager est impliqué dans l'évènement, veuillez inscrire le no. de dossier / chambre de l'usager : _____</p>		

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^{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 : _____

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

Les employés peuvent, s'ils le désirent, faire parvenir une copie de leur déclaration à leur syndicat.

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*			
*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.			
Risque de récurrence <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Analyse requise (cochez le niveau) : NIVEAU 1 <input type="checkbox"/> (Verso du DAAT-12 obligatoire)			
NIVEAU 2 <input type="checkbox"/> (Ex. conséquence permanente, coup à la tête significatif, violence physique grave, récurrence organisationnelle)			
Référez-vous au MÉLITO ou MÉLITO + pour bien remplir le formulaire			
3. ANALYSE			
BRÈVE ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT EN COLLABORATION AVEC L'EMPLOYÉ.			
4. AGENTS CAUSALS (M.É.L.I.T.O)			
Moment			
<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 :
Équipement et matériel			
<input type="checkbox"/> Équipement à risque élevé	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (ÉPI), absent ou inadéquat	<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	
Lieux/ Environnement			
<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	
Individu (employé)			
<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	
Tâche			
<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"/> Patient agressif ou défensif	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Organisation			
<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 : _____	