

Section A – à compléter par le travailleur

DIRECTIVES AU TRAVAILLEUR :

- ☒ Veuillez remettre la Section A dument remplie et signée à votre gestionnaire.
- ☒ Ensuite, acheminez une copie par courriel à votre accréditation syndicale (voir notes de bas de page)¹.

1. IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR	Nom et prénom : _____	Matricule : _____
Établissement où a eu lieu l'incident/accident : _____	Date de l'évènement : _____	
Service/ Dépt. : _____	Heure : _____	
Lieu précis : _____	Pendant quel quart de travail : ☐ Jour ☐ Soir ☐ Nuit ☐ Temps supplémentaire	
(No de local, unité de soins, corridor, résidence de l'usager, stationnement, etc.)		Occupez-vous ce poste depuis moins de 2 ans ? ☐ Non ☐ Oui

2. TYPE D'ÉVÈNEMENT	
☐ 2A1 : Un évènement entraînant une blessure et qui nécessite une consultation médicale	☐ 2B1 : Une situation à risque ou potentiellement dangereuse
☐ 2A2 : Un évènement qui entraîne une blessure mineure <u>sans</u> consultation médicale	☐ 2B2 : Un évènement que l'on qualifie de « passé proche » et qui aurait pu entraîner une blessure

3. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE			
Genre d'accident			
☐ Accident de transport	☐ Danger environnementaux	☐ Chutes, glissades	☐ Mouvement, posture
☐ Agression gestuelle	☐ Contact avec produit chimique, électricité, chaleur et froid	☐ Frappé par / Frappé contre / coincé / écrasé	☐ Éclaboussure, ingestion, sous l'effet d'une substance
☐ Agression physique	☐ Explosion, feu	☐ Mobilisation d'un client	☐ Piqûre, coupure
☐ Agression verbale	☐ Effort excessif, manutention de charge	☐ Morsure ou piqûre (insecte, animal)	☐ Risques psychosociaux
☐ Autre : _____			
Veuillez décrire de façon précise, l'évènement accidentel ou la situation à risque. (Ex. : Gestes posés, personnes impliquées, matériel, équipement, positionnement, produits utilisés, possibilité d'abus, agression).			
Informations sur l'usager impliqué dans la situation déclarée, s'il y a lieu : No dossier d'usager : _____ Autre personne impliquée : _____			

4. INFORMATIONS SUR L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL OU LA SITUATION À RISQUE	
Premiers soins reçus : ☐ Non ☐ Oui	Si oui, précisez : _____
Personne avisée et titre : _____	Date et heure : _____
Témoin(s) de l'évènement : ☐ Non ☐ Oui	Nom du témoin et titre : _____

5. DESCRIPTION DE LA LÉSION OU DE L'AGRESSION						
☐ Réaction allergique	☐ Contusion, ecchymose	☐ Trouble psychologique	☐ Maladie infectieuse ou parasitaire			
☐ Inflammation	☐ Chaleur, froid	☐ Trouble respiratoire	☐ Trouble de la vue ou auditif			
☐ Entorse, foulure, déchirure	☐ Fracture	☐ Morsure ou piqûre (insecte, animal)	☐ Plaie, bris cutané, coupure, corps étranger			
☐ Brûlure	☐ Coup de soleil, rayons	☐ Choc nerveux	☐ Autre : _____			
☐ Contact ou exposition au sang et à des liquides biologiques (veuillez remplir le verso)						
Site de la lésion						
☐ Tête (non précisé)	☐ Main(s) et poignet(s)	☐ Sein(s) interne (muscles pectoraux)	☐ Sièges multiples d'une ou des jambes	☐ Pied(s) et cheville(s)	☐ Oreille(s) (non précisé)	☐ Dent(s)
☐ Épaules (clavicule et omoplate)	☐ Bras (non précisé)	☐ Thorax (côte et organe interne)	☐ Jambe(s) (non précisé)	☐ Orteil(s), ongles(s) d'orteil	☐ Visage (non précisé)	☐ Lèvre(s)
☐ Cou (excluant siège interne de maladie ou de trouble)	☐ Dos (colonne vertébrale, moëlle épinière)	☐ Abdomen (non précisé) (excluant siège interne, maladie ou trouble)	☐ Appareil respiratoire (ex : noyade, asphyxie, intoxication)	☐ Bouche (incluant gorge, goût, palais, zygoma)	☐ Nez (excluant siège interne de maladie ou de trouble)	☐ Oeil (yeux, nerf optique, vue)
☐ Doigt(s), ongle(s) (excluant pouce)	☐ Fesse(s)	☐ Organes génitaux		☐ Langue	☐ Mâchoire, menton	☐ Autres
Apparition de la douleur ou des symptômes : _____		Date : _____		☐ Subite ☐ Progressive		

¹ PPMET: ssmet.prévention.ciasssmo16@ssss.gouv.qc.ca, FIQ : ssi.prevention@fiqspsmo.com, SCFP : sstprevention@scfp3247.com, APTS : ciasssmo@aptsq.com

6. MESURES CORRECTIVES SUGGÉRÉES OU MISES EN PLACE PAR LE TRAVAILLEUR
Ex. : Équipement, formation, organisation du travail, etc. :

7. EXPOSITION AU SANG OU À DES LIQUIDES BIOLOGIQUES SPÉCIFIEZ LE TYPE D'EXPOSITION (genre de contact) :
** Veuillez consulter le protocole post-exposition afin de compléter les étapes adéquatement.
PERCUTANÉE
☐ Piqûre d'aiguille
Site de lésion : _____
Type de l'aiguille/calibre : _____
Geste impliqué : ☐ En recapsulant ☐ En jetant l'aiguille ☐ Autre _____
☐ Coupure
Objet en cause (aiguille/scalpel) : _____
Spécifiez le type d'instrument : _____
Geste impliqué : _____
☐ Égratignure
☐ Morsure humaine avec bris cutané

MUCOCUTANÉE
☐ Éclaboussure :
☐ Sur peau non saine - (décrire la peau) : _____
☐ Sur une muqueuse - (décrire l'état) : _____

TYPE DE BLESSURE : ☐ Superficielle ☐ Profonde ☐ Sans saignement ☐ Avec saignement		
PERSONNE SOURCE CONNUE : ☐ Non ☐ Oui		
Nom : _____	No. Dossier : _____	DDN : _____
AVEZ-VOUS REÇU UNE ÉVALUATION MÉDICALE (à l'urgence) : ☐ Non ☐ Oui		
Si oui, indiquez		
le lieu où les soins ont été prodigués : _____		
Expliquez l'évènement :		
ÉQUIPEMENT DE PROTECTION	Gants : ☐ Non ☐ Oui	Lunette : ☐ Non ☐ Oui
	Masque : ☐ Non ☐ Oui	Visière : ☐ Non ☐ Oui
NATURE DU LIQUIDE		
☐ Liquide teintées de sang :	☐ Non ☐ Oui	Spécifiez : _____
☐ Sang	☐ Selle	
☐ Salive	☐ Urine	☐ Autre liquide (spécifiez) : _____
8. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		

9. SIGNATURES		
Nom et prénom du travailleur	Signature	Date
Nom et prénom du gestionnaire ou son remplaçant	Signature	Date

Section B - à compléter par le gestionnaire

DIRECTIVES : à remplir par le gestionnaire en collaboration avec le travailleur.

✓

Veuillez acheminer le formulaire complet (section A et B simultanément) au Service de prévention, promotion et mieux-être au travail (PPMET) par courriel au ssmet.prevention.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca (maximum d'une déclaration par envoi courriel).

✓

Respectez le délai de 24-48 heures pour les accidents avec consultations médicales ou 10 jours pour les autres événements.

✓

Conservez l'original pour assurer le suivi des mesures correctives.

1.

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DE L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE

Avez-vous visité les lieux :

☐ Non

☐ Oui

Date de la visite :

a)

Si l'évènement implique un usager, inscrivez le numéro de son dossier

b)

Informations pertinentes sur l'usager en lien avec l'évènement, s'il y a lieu (ex. : condition particulière de l'usager, déclaration au policier, etc.) :

2.

IDENTIFICATION DES CAUSES DE L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION À RISQUE

Agents causals	Pourquoi cet élément est anormal ?
☐ Équipement Véhicules, outils, ÉPI, produits (état / absence d'équipement / entretien, etc.)	
☐ Lieu Conditions climatiques, état des lieux, éclairage, bruit, etc.	
☐ Tâche Nouvelle tâche, méthode de travail sécuritaire, changement dans le déroulement des opérations, etc.	
☐ Individu Expérience à la tâche, formation, respect des règles de sécurité etc.	
☐ Organisation Programme de formation, intégration des nouveaux employés, règle de sécurité, disponibilité des EPI, supervision, etc.	
☐ Moment Début de quart, fin de quart, TS, travail urgent	

3.

MESURES CORRECTIVES ET PRÉVENTIVES

Indiquez les mesures préventives ou correctives, susceptibles d'éviter que cette situation ne se reproduise.	Responsable	Échéance

4.

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES

5.

Signature

Nom et prénom du gestionnaire ou son remplaçant

Signature

Date

ADM-DRHDO-10025

Déclaration d'un évènement accidentel / Situation à risque

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest

Page 3 de 3