

Section A – à compléter par le travailleur

DIRECTIVES AU TRAVAILLEUR :

- ✓ Veuillez remettre la Section A dûment 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 : <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	
<small>(No de local, unité de soins, corridor, résidence de l'usager, stationnement, etc.)</small>	Occupez-vous ce poste depuis moins de 2 ans ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	

2. TYPE D'ÉVÈNEMENT	
<input type="checkbox"/> 2A1 : Un événement entraînant une blessure et qui nécessite une consultation médicale <input type="checkbox"/> 2A2 : Un événement qui entraîne une blessure mineure <u>sans</u> consultation médicale	<input type="checkbox"/> 2B1 : Une situation à risque ou potentiellement dangereuse <input type="checkbox"/> 2B2 : Un événement 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			
<input type="checkbox"/> Accident de transport	<input type="checkbox"/> Danger environnementaux	<input type="checkbox"/> Chutes, glissades	<input type="checkbox"/> Mouvement, posture
<input type="checkbox"/> Agression gestuelle	<input type="checkbox"/> Contact avec produit chimique, électricité, chaleur et froid	<input type="checkbox"/> Frappé par / Frappé contre / coincé / écrasé	<input type="checkbox"/> Éclaboussure, ingestion, sous l'effet d'une substance
<input type="checkbox"/> Agression physique	<input type="checkbox"/> Explosion, feu	<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un client	<input type="checkbox"/> Piqûre, coupure
<input type="checkbox"/> Agression verbale	<input type="checkbox"/> Effort excessif, manutention de charge	<input type="checkbox"/> Morsure ou piqûre (insecte, animal)	<input type="checkbox"/> Risques psychosociaux
<input type="checkbox"/> Autre : _____			
Veuillez décrire de façon précise, l'évènement accidentel ou la situation à risque. <small>(Ex. : Gestes posés, personnes impliquées, matériel, équipement, positionnement, produits utilisés, possibilité d'abus, agression).</small>			
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 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, précisez : _____
Personne avisée et titre : _____	Date et heure : _____
Témoin(s) de l'évènement : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom du témoin et titre : _____

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

¹ PPMET : ssmet.prévention.ciissmo16@ssss.gouv.qc.ca, FIQ : ssi.prevention@fiqspsmo.com, SCFP : sstprevention@scfp3247.com, APTS : ciissmo@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
<input type="checkbox"/> Piqûre d'aiguille – Site de lésion : _____ Type de l'aiguille/calibre : _____ Geste impliqué : <input type="checkbox"/> En recapsulant <input type="checkbox"/> En jetant l'aiguille <input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Coupure – Objet en cause (aiguille/scalpel) : _____ Spécifiez le type d'instrument : _____ Geste impliqué : _____
<input type="checkbox"/> Égratignure <input type="checkbox"/> Morsure humaine avec bris cutané

MUCOCUTANÉE
<input type="checkbox"/> Éclaboussure : <input type="checkbox"/> Sur peau non saine - (décrire la peau) : _____ <input type="checkbox"/> Sur une muqueuse - (décrire l'état) : _____

TYPE DE BLESSURE : <input type="checkbox"/> Superficielle <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Sans saignement <input type="checkbox"/> Avec saignement
PERSONNE SOURCE CONNUE : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Nom : _____ No. Dossier : _____ DDN : _____

AVEZ-VOUS REÇU UNE ÉVALUATION MÉDICALE (à l'urgence) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, indiquez le lieu où les soins ont été prodigués : _____

Expliquez l'évènement :

ÉQUIPEMENT DE PROTECTION	Gants : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Lunette : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Masque : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Visière : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

NATURE DU LIQUIDE
<input type="checkbox"/> Liquide teintées de sang : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Spécifiez : _____
<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> Selle
<input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date de la visite : _____	
a) Si l'événement implique un usager, inscrivez le numéro de son dossier _____	
b) Informations pertinentes sur l'usager en lien avec l'événement, 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 ?
	<input type="checkbox"/> Équipement Véhicules, outils, ÉPI, produits (état / absence d'équipement / entretien, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Lieu Conditions climatiques, état des lieux, éclairage, bruit, etc.	
	<input type="checkbox"/> Tâche Nouvelle tâche, méthode de travail sécuritaire, changement dans le déroulement des opérations, etc.	
	<input type="checkbox"/> Individu Expérience à la tâche, formation, respect des règles de sécurité etc.	
	<input type="checkbox"/> Organisation Programme de formation, intégration des nouveaux employés, règle de sécurité, disponibilité des EPI, supervision, etc.	
	<input type="checkbox"/> 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