|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du travailleur**  |  |
| Nom : |  | Prénom : |  |  |
| Matricule (#) : |  | Titre d’emploi : |  | ❒ T.C.❒T.P. ❒ Occ. |
| Quart de travail :  | Jour ❒ | Soir ❒ | Nuit ❒ | Port d’attache : |  | Service : |
| Accréditation syndical : |  | Nom du chef de service : |
|  |  |  |
| **Description de l’événement** | **#** de dossier du client impliqué : |
| Date : JJ/MM/AAAA | Heure : | Durée :  |  | Date de la déclaration : JJ/MM/AAAA |
| Installation où s’est produit l’événement : |  |  Lieu précis : |  |
| Bris de biens personnels : |  | Témoin de l’événement : |  |
|  |
| **Description de l’événement par le travailleur** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| ***Agressions répétitives*** ❒ | *Grafigner : #( )* | *Pousser : #( )* |
| *Pincer : #( )* | *Tirer les cheveux : #( )* | *Autres : #( )* |
| **Site d’exposition :** | **Aucune blessure** ❒ | **Agression verbale** ❒ |
| **❒** Crane | **❒** Bassin | ❒ Jambe | Image associée  | **Si** | **précisez**❒ Droit❒ Gauche❒ Deux côtés❒ Multiples | **et**❒ site articulaire ❒ autre site |
| **❒** Nez | **❒** Dos | ❒ Genou | ❒ Pouce  |
| **❒** Yeux | **❒** Coccyx | ❒ Mollet | ❒ Index  |
| **❒** Visage | ❒ Hanche | ❒ Cheville | ❒ Majeur  |
| **❒** Oreille | ❒ Épaule | **❒** Pied | ❒ Annulaire  |
| **❒** Cou | ❒ Bras | **❒** Orteils | ❒ Auriculaire  |
| **❒** Thorax | ❒ Coude | **❒**Atteinte Psychologique (ex : stress, anxiété, etc.) |
| **❒** Abdomen | ❒ Poignet |  ❒ Main |
| ❒ Autre (précisez) : |
| **Est-ce que cet événement accidentel a fait l’objet d’une déclaration de situation à risque ?** ❒ Oui ❒ Non |
| **Suggestions du travailleur visant à éviter la répétition d’un tel accident** |  |
|  |
| **Je confirme que les renseignements sont exacts et conformes à ce qui s’est produit** |
|  | JJ/MM/AAAA |
| **Signature du travailleur**  | **Date** |
|  |  |  |
| **Identification du supérieur immédiat au moment de l’accident ou de son représentant :** |
| **EN LETTRES MOULÉES** |  |  |  | JJ/MM/AAAA |
| **Nom** | **Prénom** | ***Signature*** | **Date** |

**Le *gestionnaire* doit remplir adéquatement le verso du formulaire et le faire parvenir le plus rapidement possible par télécopieur (450 756-1625) au service de santé et sécurité au travail ou par courriel (****ssstnord.cissslan@ssss.gouv.qc.ca****) ou par courrier interne (CHDL, 5c-10). Le *gestionnaire* doit remettre une copie au travailleur.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Description de l’enquête** |  |
| Perte de temps au-delà de la journée travaillée : | ❒ Oui ❒ Non |  |  |
| Premiers soins : ❒ Oui ❒ Non |
| Lesquels ? (précisez) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Actions immédiates entreprises par la personne en responsabilité : |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Analyse de l’événement** |  |  |  |  |  |  |
| **Identifier, selon vous, le ou les événements qui expliquent la survenance de l’accident (agents causals)** |
| **Tâche** | **Équipement et matériel** | **Environnement et lieu** |
|  | ❒ Cadence de travail |  |  | ❒ ÉPI1 inadéquat ou absent |  |  | ❒ Encombrement |  |
|  | ❒ Geste dangereux❒ Consignes et instructions non suivies |  |  | ❒ Étiquette SIMDUT absente |  |  | ❒ Conditions ambiantes impropres |  |
|  | ❒ Inobservance des méthodes de travail |  |  | ❒ Fiche signalétique non disponible |  |  | ❒ Éclairage inadéquat |  |
|  | ❒ Inobservance des procédures et règles de sécurité |  |  | ❒ Équipement inadéquat ou non ergonomique |  |  | ❒ Conditions atmosphériques ❒ Mauvais entreposage |  |
|  | ❒ Effort excessif❒ Mobilisation de patient |  |  | ❒ Équipement défectueux❒ Manque d’équipement |  |  | ❒ Espace restreint❒ Manque d’ordre ou de propreté |  |
|  | ❒ Patient agressif ou défensif ***(# dossier patient)*** |  |  | ❒ Mécanisme de protection absent ou inadéquat |  |  | ❒ Inégalité du sol |  |
|  | ❒ Patient confus |  |  | ❒ Matière toxique, inflammable ou corrosive |  |  | ❒ Surface glissante |  |
|  | ❒ Posture de travail inadéquate |  |  | ❒ Équipement à risque élevé |  |  | ❒ Ventilation inadéquate |  |
|  | ❒ Autres (précisez) : |  |  |  | ❒ Autres (précisez) : |  |  |  | ❒ Autres (précisez) : |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Organisation** | **Individu** |
|  | ❒ Diffusion inadéquate des consignes et mauvaise communication❒ Formation ou entraînement insuffisant |  |  | ❒ Inspection déficiente❒ Analyse sécuritaire de tâches❒ Méthode de travail déficiente |  |  | ❒ Habileté insuffisante❒ Condition physique |  |
|  | ❒ Procédures/règles inadéquates ou inexistantes |  |  |  |  |  | ❒ Connaissances insuffisantes❒ Comportement inadéquat |  |
|  | ❒ Supervision ou contrôle inadéquat |  |  | ❒ Autres (précisez) : |  |  | ❒ Geste inadéquat ou dangereux |  |
|  | ❒ Achat non approprié, non adéquat❒ Affectation inadéquate |  |  |  |  |  | ❒ ÉPI1 inutilisé❒ Inexpérience |  |
|  | ❒ Mauvaise conception |  |  |  |  |  | ❒ Attitude désintéressée❒ Temps supplémentaire |  |
|  | ❒ Description de tâche |  |  |  |  |  | ❒ Inadvertance |  |
|  | ❒ Mauvaise planification du travail |  |  |  |  |  | ❒ Autres (précisez) : |  |  |
|  | ❒ Insuffisance de l’entretien |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Notes : 1-ÉPI : Équipement de protection individuelle  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Recommandations préventives et mesures correctives** |
|  |  |  |
| **Mesures suggérées**  |  | **Mesures prises (# de requête s’il a lieu)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Identification du gestionnaire ayant effectué l’enquête et l’analyse** |  |
| Nom et prénom (en lettres majuscules) |  | Titre |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Signature |  |  |  | Date |  |