|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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](http://www.google.ca/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&ved=2ahUKEwj02_uU1vvkAhXqqFkKHeufC2kQjRx6BAgBEAQ&url=http://www.coloriages.biz/imprimer-coloriage-11934-le-corps-humain.html&psig=AOvVaw3OWVjmvBIHAIiW-rEdtT6-&ust=1570040323745139) | | | | | | | | | | | | | **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**](mailto: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 | | | |  | | | | | |