

Événement accidentel

Situation dangereuse

DÉCLARATION, ENQUÊTE ET ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU D'UNE SITUATION DANGEREUSE

1. IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ(E) DÉCLARANT L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU LA SITUATION DANGEREUSE

Nom _____ Prénom _____ Matricule _____
Titre d'emploi _____ Unité / Service _____

2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL OU DE LA SITUATION DANGEREUSE (à compléter par l'employé(e))

Date de l'événement _____ Heure _____ Quart de travail : Jour Soir Nuit TS

Travail urgent (réanimation, etc.)

Lieu de l'événement : Établissement _____

Lieu précis (salle de bain, #chambre, etc.) _____

Nom des témoins oculaires (s'il y a lieu) : _____

Avez-vous reçu des premiers soins : Oui Non Si oui, par qui? _____

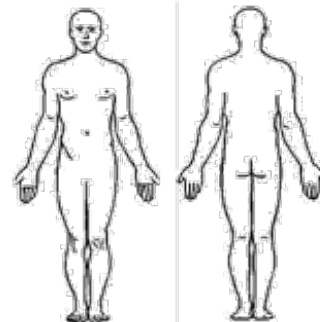
Nature des premiers soins, le cas échéant _____

Siège de la lésion _____

Veillez encercler l'endroit de la blessure

Nom du supérieur avisé _____

Date _____ Heure _____



Description détaillée de l'événement | Qu'est-il arrivé? Comment, dans quelles circonstances? Dans le cadre de quelles tâches, ou de l'utilisation de quel équipement?

Exposition au sang? Oui Non Si oui, précisez _____

Que suggérez-vous pour qu'une situation ne se reproduise pas? _____

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à l'événement et je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans la présente déclaration soient communiqués à qui de droit aux fins de traitements et suivis administratifs.

Signature de l'employé(e) _____ Date _____

3. ENQUÊTE ET ANALYSE (à compléter obligatoirement par le gestionnaire)

Est-ce que le quart de travail a été complété?

Oui Non N/A

Est-ce que l'employé(e) a consulté un médecin suite à l'accident / incident?

Oui Non N/A

Est-ce que l'événement accidentel ou la situation dangereuse représente un risque pour la clientèle? Oui Non N/A

Description du gestionnaire de l'accident ou de la situation dangereuse : _____

Indiquer si des facteurs ont contribué à l'événement. Remplir les cases correspondantes et, lorsque non applicable, mentionner N/A.

Causes/facteurs ayant contribué à l'accident	Mesures préventives ou correctives	Responsable(s)	Échéancier AAAA/MM/JJ
Moment			
Équipement			
Lieu			
Individu:			
Tâches :			
Organisation :			

Mesures correctives immédiates prises à la suite de l'événement _____

INFORMATIONS DU GESTIONNAIRE (Écrire lisiblement)

Nom _____ Prénom _____ Matricule _____

Signature du gestionnaire _____ Date _____