

**DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ ET ANALYSE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE SITUATION À RISQUE**

**À REMPLIR PAR LE DÉCLARANT**

Veuillez écrire en lettres moulées

**1. IDENTIFICATION DU DÉCLARANT**

**a) Informations personnelles**  
 Nom, prénom : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
 Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
 Statut  Temps complet  Temps partiel régulier (TPR)  Occasionnel (TPO)  Stagiaire  Bénévole  Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_  
 Nom de l'installation :  CHSLD \_\_\_\_\_  CJ \_\_\_\_\_  CLSC \_\_\_\_\_  
 Svp veuillez inscrire le site spécifique.  CRDI/RAC \_\_\_\_\_  CRD \_\_\_\_\_  CRDP/URFI \_\_\_\_\_  
 Hôpital \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom du service : \_\_\_\_\_ Nombre d'années dans le service : \_\_\_\_\_

**b) Description de l'évènement**  
 Date de l'évènement : JJ/MM/AAAA Heure de l'évènement : \_\_\_\_\_ (0 à 24 heures)  
 Quart de travail :  En semaine  Jour  Soir  Nuit Temps supplémentaire  Oui  Non Temps supplémentaire obligatoire  Oui  Non  
 Fin de semaine  
**Type d'évènement et nature de la blessure :**  

<b>Accident</b> <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Brûlure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure majeure <input type="checkbox"/> Coupure mineure <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Inflammation <input type="checkbox"/> Médicaments dangereux <input type="checkbox"/> Piqûre d'insectes <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ <b>PPE (Protocole Post-Exposition)</b> <i>Vous devez compléter l'enveloppe PPE mise à votre disposition.</i>	<b>Chute</b> <input type="checkbox"/> Aucune blessure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure majeure <input type="checkbox"/> Coupure mineure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ <b>Contact matière dangereuse</b> <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Inhalation <input type="checkbox"/> Inflammation/Brûlure <input type="checkbox"/> Irritation de la peau <input type="checkbox"/> Produit dans l'œil <input type="checkbox"/> Réaction allergique <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____	<b>Agression verbale</b> <input type="checkbox"/> Atteinte psychologique <input type="checkbox"/> Insultes <input type="checkbox"/> Intimidation <input type="checkbox"/> Menaces <input type="checkbox"/> Paroles/propos injurieux ou à caractère sexuel <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ <b>Trouble musculo-squelettique (TMS)</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic connu (bursite, tendinite, épicondylite, hernie, etc.) Spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> Douleur (épaules, dos, cou, coudes, poignets, genoux, etc.) Spécifiez : _____	<b>Agression physique</b> <input type="checkbox"/> Aucune blessure <input type="checkbox"/> Contusion/ecchymose <input type="checkbox"/> Coup à la tête <input type="checkbox"/> Coupure majeure <input type="checkbox"/> Coupure mineure <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Exposition à un liquide biologique (ex. salive, sang) <input type="checkbox"/> Inflammation <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Autres, spécifiez : _____ <b>Situation à risque</b> Détaillé la situation à risque à la section : <b>DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÈNEMENT OU LA SITUATION À RISQUE</b>
---	--	--	---

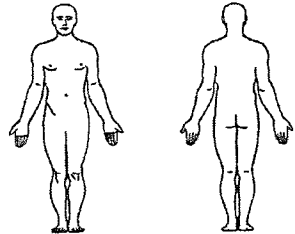
**Lieu de l'évènement :**  
 Sur les lieux du travail régulier  
 Ailleurs dans l'installation, spécifiez (cafétéria, salle de pause, etc.) : \_\_\_\_\_  
 À l'extérieur de l'installation, spécifiez (autre installation, stationnement, sur la route, chez un client, etc.) : \_\_\_\_\_

**Usager impliqué :** si un usager est impliqué dans l'évènement, veuillez inscrire le no. de dossier / chambre de l'usager : \_\_\_\_\_

**DÉCRIVEZ LES CIRCONSTANCES QUI ONT ENTOURÉ L'ÉVÈNEMENT OU LA SITUATION À RISQUE (\*Joindre une feuille supplémentaire au besoin.)**  
 (uniquement des faits, aucune interprétation) (quel est le lieu exact de l'évènement, que faisiez-vous exactement, que s'est-il produit juste avant la survenue de l'évènement, comment l'évènement est-il survenu, quelles étaient les particularités de l'environnement de travail? Etc.)

QUELLES SONT LES SOLUTIONS MISES EN PLACE ET QUE VOUS POURRIEZ METTRE EN PLACE SUITE À L'ÉVÈNEMENT ?

Si blessure physique, encerclez sur le schéma les sites de la douleur.



**SPÉCIFIEZ :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Joindre une feuille supplémentaire au besoin.  
 Premiers soins effectués par, le cas échéant : \_\_\_\_\_  
**c) Témoins**  
 1<sup>er</sup> : Nom, prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> : Nom, prénom : \_\_\_\_\_  
 Matricule : \_\_\_\_\_ Matricule : \_\_\_\_\_

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à ce qui s'est produit. (Procédure disponible dans l'intranet via l'onglet outils de travail)  
 Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Veuillez faire remplir le **verso** par votre **supérieur immédiat ou son représentant** et faire parvenir le formulaire par courriel à :  
**rapport\_declaration\_enquete\_employe.ciass-ca@sss.gouv.qc.ca**  
**Note Importante :** À numériser recto-verso, un formulaire à la fois ! (1 formulaire = 1 fichier)

2. IMPACTS			
DOMMAGES MATÉRIELS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, lesquels _____			
Montant des dommages matériels : _____ \$ _____			
Risque de récurrence <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Analyse (cochez le niveau) : 1 <input type="checkbox"/> (Ex. blessure mineure, assignation temporaire, arrêt de travail conséquence mineure) 2 <input type="checkbox"/> (Ex. conséquence permanente, coup à la tête, violence physique grave, atteinte psychologique, récurrence)			
3. ANALYSE			
BRÈVE ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT EN COLABORATION AVEC L'EMPLOYÉ.			
L'AGENT CAUSAL (VEHICULE)			
Moment	<input type="checkbox"/> Hors travail - Avant	<input type="checkbox"/> Pendant la période estivale (mai à septembre)	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire obligatoire
<input type="checkbox"/> Au travail - Jour	<input type="checkbox"/> Hors travail - Après	<input type="checkbox"/> Remplacement ponctuel (a été appelé le jour même, avant que le quart débute)	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Au travail - Nuit	<input type="checkbox"/> Hors travail - Repas ou pause	<input type="checkbox"/> Retour d'un congé long terme	_____
<input type="checkbox"/> Au travail - Soir	<input type="checkbox"/> Lors d'un jour férié	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire	_____
Équipement et matériel	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (EPI), non disponible ou non utilisé	<input type="checkbox"/> Équipement non disponible	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Absence d'étiquette	<input type="checkbox"/> Équipement mal entretenu	<input type="checkbox"/> Mauvaise conception de l'équipement	_____
<input type="checkbox"/> Absence signalisation	<input type="checkbox"/> Équipement/matériel trop lourd	<input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou non approprié	_____
<input type="checkbox"/> Équipement défectueux	<input type="checkbox"/> Équipement non approprié pour la tâche		
Lieux/ Environnement	<input type="checkbox"/> Climat de travail négatif	<input type="checkbox"/> Conditions routières	<input type="checkbox"/> Stationnement glacé, enneigé, mal entretenu
<input type="checkbox"/> Capacité du client : (ex. réglage) précisez : _____	<input type="checkbox"/> Comportement imprévu	<input type="checkbox"/> Encombrement	<input type="checkbox"/> Surface glissante
	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Bruit	<input type="checkbox"/> Équipement mal installé ou installé au mauvais endroit	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Éclairage	<input type="checkbox"/> Espace restreint – Espace clos	
	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Qualité de l'air	<input type="checkbox"/> Lacunes ergonomiques du poste de travail	
<input type="checkbox"/> Client confus/non collaborateur	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Température (très-chaud)	<input type="checkbox"/> Présence animal domestique	
<input type="checkbox"/> Client désorganisé	<input type="checkbox"/> Condition ambiante : Ventilation	<input type="checkbox"/> Présence d'angle mort (chambre, salle, etc.)	
Individu (employé)	<input type="checkbox"/> Équipement mal utilisé ou non utilisé	<input type="checkbox"/> PDSB non respecté	<input type="checkbox"/> Manquement à une procédure, directive précisez : _____
<input type="checkbox"/> Approche relationnelle non respectée	<input type="checkbox"/> Fatigué / stressé / manque d'attention	<input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate /contraignante	
<input type="checkbox"/> Condition physique - capacité	<input type="checkbox"/> Instructions verbales non suivies	<input type="checkbox"/> Risque minimisé (baisser sa garde, etc.)	
<input type="checkbox"/> Connaissance de l'équipement	<input type="checkbox"/> Manque de formation	<input type="checkbox"/> Travail d'équipe déficient	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> En période d'initiation et d'essai/probation	<input type="checkbox"/> Mauvaise connaissance du plan de soins		
Tâche	<input type="checkbox"/> Communication d'une directive à l'usager	<input type="checkbox"/> Geste inapproprié	<input type="checkbox"/> Soins de santé
<input type="checkbox"/> Activité extérieure/accompagnement	<input type="checkbox"/> Déplacement entre 2 assises	<input type="checkbox"/> Maintien/contension usager	<input type="checkbox"/> Travail atypique ou inhabituel
<input type="checkbox"/> Activité/loisir avec usager	<input type="checkbox"/> Effort excessif	<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un usager	<input type="checkbox"/> Urgence d'intervention
<input type="checkbox"/> Assistance à la chute ou à la marche	<input type="checkbox"/> Entrevue/suivi de dossier	<input type="checkbox"/> Mouvements effectués	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____
<input type="checkbox"/> Cadence de travail	<input type="checkbox"/> Fréquence d'exécution (tâche répétitive)	<input type="checkbox"/> Soins d'hygiène	
Organisation	<input type="checkbox"/> Inspection des véhicules	<input type="checkbox"/> Plan de soins	<input type="checkbox"/> Programme de formation insuffisant
<input type="checkbox"/> Communication, affichage	<input type="checkbox"/> Méthode de mobilisation	<input type="checkbox"/> Planification du travail	<input type="checkbox"/> Programme d'orientation insuffisant
<input type="checkbox"/> Entretien préventif	<input type="checkbox"/> Personnel prévu à l'horaire	<input type="checkbox"/> Procédure de travail sécuritaire	<input type="checkbox"/> Temps de réalisation de la tâche
<input type="checkbox"/> Inspection des lieux	<input type="checkbox"/> Autre précisez : _____		
4. RECOMMANDATIONS, SOLUTIONS À METTRE EN PLACE			
Mesure :			
Responsable – Mise en place :		Responsable – Suivi :	Date d'échéance : Complété <input type="checkbox"/>
Mesure :			
Responsable – Mise en place :		Responsable – Suivi :	Date d'échéance : Complété <input type="checkbox"/>
*Joindre une feuille supplémentaire au besoin.			
L'ÉVALUATION DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (à compléter par le personnel impliqué dans l'événement, incluant les informations relatives à la section 7, à l'exception de la 7.10)			
5. SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ ET DU GESTIONNAIRE			
Prénom et nom (en lettre moulées) _____			
Signature : _____		Date : _____	