

2. IMPACTS			
DOMMAGES MATÉRIELS : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lunette de vue* <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Autres :			
Montant des dommages matériels : _____ \$ <input type="checkbox"/> Vêtement/uniforme * <input type="checkbox"/> Bottes /chaussures*			
*Le dommage matériel pouvant faire l'objet d'un remboursement doit être rattaché à un événement accidentel et requis dans l'exercice de ses fonctions.			
Risque de récurrence <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Analyse requise (cochez le niveau) : NIVEAU 1 <input type="checkbox"/> (Verso du DAAT-12 obligatoire)			
NIVEAU 2 <input type="checkbox"/> (Ex. conséquence permanente, coup à la tête significatif, violence physique grave, récurrence organisationnelle)			
Référez-vous au MÉLITO ou MÉLITO + pour bien remplir le formulaire			
3. ANALYSE			
BRÈVE ANALYSE DE LA DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT EN COLLABORATION AVEC L'EMPLOYÉ.			
4. AGENTS CAUSALS (M.É.L.I.T.O)			
Moment			
<input type="checkbox"/> En début de quart	<input type="checkbox"/> Travail urgent	<input type="checkbox"/> En fin de quart	<input type="checkbox"/> Temps supplémentaire <input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Équipement et matériel			
<input type="checkbox"/> Équipement à risque élevé	<input type="checkbox"/> Équipement de protection individuel (ÉPI), absent ou inadéquat	<input type="checkbox"/> Manque d'équipement	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Équipement défectueux	<input type="checkbox"/> Étiquette SIMDUT absente	<input type="checkbox"/> Matière toxique, inflammable ou corrosive	
<input type="checkbox"/> Équipement inadéquat ou non ergonomique	<input type="checkbox"/> Fiche de données de sécurité non disponible	<input type="checkbox"/> Mécanisme de protection absent ou inadéquat	
Lieux/ Environnement			
<input type="checkbox"/> Condition ambiante impropre	<input type="checkbox"/> Encombrement	<input type="checkbox"/> Manque d'ordre ou de propreté	<input type="checkbox"/> Ventilation inadéquate
<input type="checkbox"/> Conditions atmosphériques	<input type="checkbox"/> Espace restreint	<input type="checkbox"/> Mauvais entreposage	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Éclairage inadéquat	<input type="checkbox"/> Inégalité du sol	<input type="checkbox"/> Surface glissante	
Individu (employé)			
<input type="checkbox"/> Attitude désintéressée	<input type="checkbox"/> Comportement inadéquat	<input type="checkbox"/> Geste inadéquat ou dangereux	<input type="checkbox"/> Inexpérience
<input type="checkbox"/> Condition physique - capacité	<input type="checkbox"/> ÉPI inutilisé	<input type="checkbox"/> Habileté insuffisante	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
<input type="checkbox"/> Connaissance insuffisante	<input type="checkbox"/> Faculté affaiblie ou condition personnelle	<input type="checkbox"/> Inadvertance	
Tâche			
<input type="checkbox"/> Aiguille	<input type="checkbox"/> Effort excessif	<input type="checkbox"/> Inobservance des procédures et règles de sécurité	<input type="checkbox"/> Patient confus
<input type="checkbox"/> Cadence de travail	<input type="checkbox"/> Geste dangereux	<input type="checkbox"/> Mobilisation d'un usager	<input type="checkbox"/> Posture de travail inadéquate
<input type="checkbox"/> Consigne et instruction non suivies	<input type="checkbox"/> Inobservance des méthodes de travail	<input type="checkbox"/> Patient agressif ou défensif	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :
Organisation			
<input type="checkbox"/> Achat non approprié, non adéquat	<input type="checkbox"/> Diffusion inadéquate des consignes/mauvaise communication	<input type="checkbox"/> Manque de personnel	
<input type="checkbox"/> Affectation inadéquate	<input type="checkbox"/> Formation ou entraînement insuffisant	<input type="checkbox"/> Mauvaise conception	<input type="checkbox"/> Procédure/règles inadéquate ou inexistante
<input type="checkbox"/> Analyse sécuritaire de tâches	<input type="checkbox"/> Inspection déficiente	<input type="checkbox"/> Mauvaise planification du travail	<input type="checkbox"/> Supervision et contrôle inadéquat
<input type="checkbox"/> Description de tâche	<input type="checkbox"/> Insuffisance de l'entretien		
5. 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.			
6. COMMENTAIRES (Si plus d'une personne touchée par l'événement, veuillez inscrire les informations se retrouvant à la section 1 a) pour chacun de ceux-ci).			
7. SIGNATURE OBLIGATOIRE DU GESTIONNAIRE :			
Prénom et nom (en lettre moulée) _____			
Signature : _____ Date : _____			