|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **No d’employé :** | **Nom, prénom :** | | | | | | | | **Sexe :**  F  M | | | | | **Date de naissance :**    /    / | | |
| **Titre emploi :** | | | | | **Date embauche :**    /    / | | | | **Statut :**  T. completT. partiel régulier T. partiel | | | | | | | |
| **Horaire de travail :**  À l’heure  Faction | | | | | | **Occupe un 2e emploi :**  Oui  Non Préciser : | | | | | | | | | | |
| **Arrêt de travail :**  Oui  Non | | | | **Depuis le :**    /    / | | | | **Heure :** | | | **Date de la 1ere consultation médicale :**    /    / | | | | | |
| **Form. ass. temp. a été remis :**  Oui  Non | | | | | | **Assignation temporaire :**  Oui  Non | | | | | | | **Depuis le :**    /    / | | | **Heure :** |
| **IDENTIFICATION DE L’ÉVÉNEMENT. ACCIDENTEL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date accident :**    /    /      **Heure :**        **No. d’appel :** | | | | | | **Journée de travail complété**  Oui  Non | | | | **A quitté à :** | | | | | **Exposition à un risque infectieux ?**  Oui  Non | |
| **MD Consulté :** | | **CH Receveur :** | | | | | **Déclaration à l’employeur :**    /    /  **Heure :** | | | | | | | | **À qui :** | |
| **Décrire de façon détaillée les mouvements, circonstance et équipements en cause lors de l’apparition de la douleur et spécifier :** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Témoin(s) :**  Oui  Non | | | **Nom(s) :** | | | | | | | | | **Date de rencontre :**    /    / | | | | **Heure :** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDIVIDU (I) (Suite)** | | | | | | | |
| NATURE DE LA BLESSURE | | CAUSE DE LA BLESSURE | | SIÈGE DE LA LÉSION | | | |
| Brûlure  Contusion  Douleur  Engelure  Entorse  Éraflure | Fracture  Intoxication  Lacération  Lombalgie  Piqûre  Autre : | Frappé par / sur  Heurté contre  Coincé entre  Coupé par  Marché sur  Écrasé par  Spécifiez : | Agression  Glissé  Chute  Déplacement  Effort supplémentaire  Autre : | Visage  Hanche  Thorax  Dos  Cervical  Dorsal  Lombaire | Bras  Poignet  Main  Doigt  Cheville | Jambe  Cuisse  Genou  Cou  Tête | Coude  Pied  Orteil  Œil  Épaule |
| Spécifiez :  Gauche  Droite | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ÉQUIPEMENTS (É)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identifier le(s) équipement(s) utilisé(s) lors de l’accident :** | | | | | | | | | | | | | | |
| Méga-Mover  Rescue Seat  Cylindre O2  Planche dorsale | | Matelas immobilisateur  Traineau d’évacuation  Planchette de transfert  Trousse d’intervention | | | Cannette d’abrasif / déglaçant   Chaise évacuation  Aiguille / seringue  Autre(s), spécifiez : | | | | Civière  KED  MDSA | | | .  Véhicule Ambulancier : #  Avion ambulance : Modèle | | |
| **EPI porté lors de l’événement :**  V.P.I.  Chaussures  Lunettes  Gants  Jaquette  Ceinture de sécurité  Tyvek  Masque, type : | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **LIEUX (L)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identifiez le lieu où est survenu l’accident** : | | | | | | | | | | | | | | |
| **Établissement de l’employeur** | | | | **Résidence du travailleur** | | | **Résidence du patient** | | | **Établissement de santé** | | | | |
| Garage  Bureaux  Salle des TA  Autre : | Logement  Station  Terrain | | | Intérieur  Préciser :  Extérieur  Préciser : | | | Intérieur  Préciser :  Extérieur  Préciser : | | | Préciser le nom de l’établissement : | | | | |
| CH  CHSLD  CLSC  Rés. pers. âgées | | | | Intérieur  Préciser :  Extérieur  Préciser : |
| **LIEUX (L) (Suite)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Véhicule ambulancier**  Cabine avant  Cabine arrière  Avion ambulance | | | **Escalier**  Intérieur  Extérieur  Métal  Bois  Ciment | | Nbre de marches :    État de l’escalier : | | | **Voies non carrossables**  Cours d’eau  Forêt  Sentier  Île  Autre : | | | **Sur la route**  Autoroute  Route  Rang  Autre : | | **Autres lieux**  Mines  Usine  Aréna  Édifice public  Aéroport  Centre de ski  Autre : | |
| **État du lieu**:  Sec  Humide  Mouillé  Glacé  Enneigé  Présence de résidus  Présence de boues | | | | | | | | | | | | | | |
| **Identifiez l’état du lieu où est survenu l’accident** : | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’accès au lieu était-elle autorisé :**  Oui  Non | | | | | | **Éclairage adéquat :**  Oui  Non Préciser : | | | | | | | | |
| **Conditions**  Normale  Chaleur importante  Froid important  Très ensoleillée  Pluie  Bruine  **climatiques:**  Brouillard  Verglas  Glace noire  Grêle  Neige  Tempête | | | | | | | | | | | | | | |
| **Présence de :**  Gaz  Vapeurs  Produits dangereux  Autre Préciser : | | | | | | | | | | | | | | |
| **Espace restreint :**  Oui  Non Préciser : | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TÂCHE (T)** | |
| **Au moment où est survenu l’événement, le travailleur** | |
| Était en direction du lieu de l’intervention  Était sur les lieux de l’intervention  Quittait le lieu de l’intervention  Était en direction du centre de santé / hospitalier  Procédait à l’intervention  Était au centre de santé / hospitalier | Quittait le centre de santé / hospitalier  Était en direction du point d’attente ou du point de service  Inspection mécanique/matériel  Nettoyage et désinfection  Était à un point d’attente Préciser :  Autre Préciser : |
| **Lors de l’événement, le travailleur exécutait le mouvement suivant :** | |
| Soulever  Tirer  S’asseoir  Se coucher  Pivoter  Transférer  Monter  Descendre  Prodiguer des soins   Transporter  Pousser  Marcher  Autres Préciser : | |
| **Manutention d’une charge** | **Méthode de travail** |
| Patient  Équipement  Autres :  Taille de la charge :       Poids de la charge :  Taille du coéquipier :       Poids du coéquipier :  Coéquipier :  Habituel  Occasionnel    Préciser : | Avec un équipement  Sans équipement  Autre :  Seul  Avec coéquipier  Autre(s) intervenant(s) :  Oui  Non  Préciser : |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISATION (O)** | |
| Est-ce que le travail accompli était visé par une procédure en vigueur? | Oui  Non |
| Est-ce que la procédure en vigueur a été respectée?  Si non, veuillez expliquer pourquoi : | Oui  Non |

|  |
| --- |
| **Décrire de façon détaillée les premiers soins reçus et traitements prescrits suite à l’événement :** |
| J’atteste que, au meilleur de ma connaissance, les présentes informations sont véridiques.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Signature du travailleur Date**    **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Signature du représentant de l’employeur Date** |

À compléter et transmettre immédiatement à votre superviseur, superviseur de garde ou directeur des opérations.