|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR** |
| **No d’employé :**     | **Nom, prénom :**       | **Sexe :** [ ]  F [ ]  M | **Date de naissance :**    /    /       |
| **Titre emploi :**       | **Date embauche :**    /    /       | **Statut :** [ ]  T. complet **[ ]** T. 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 | [ ]  IntérieurPréciser :      [ ]  ExtérieurPréciser :       |
| **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.