

Rapport de déclaration D'INCIDENTS / D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

Nom :		Prénom :	
N° Matricule :	N° d'employé :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : / /
Titre emploi :		Date embauche : / /	
Statut : <input type="checkbox"/> t. complet <input type="checkbox"/> t. partiel régulier <input type="checkbox"/> t. partiel occasionnel <input type="checkbox"/> autres :			
Occupe un 2 ^e emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non préciser :			
Date de la 1 ^{ère} consultation médicale : / /		Form. ass. temp. a été remis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Arrêt de travail : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Depuis le : / /	à : heure :
Assignation temporaire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Depuis le : / /	à : heure :

IDENTIFICATION DE L'ÉVÈNEMENT ACCIDENTEL

Date accident : / /	heure :	Journée de travail complété <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	a quitté à : heure
No. d'appel :		Déclaration à l'employeur : / / / heure	
Déclaration à l'employeur : / /		À qui :	
Exposition à un risque infectieux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		MD Consulté :	# CH Receveur :
Décrire de façon détaillée les gestes, mouvements, circonstance et équipements en cause lors de l'apparition de la douleur et spécifier :			
Témoin(s) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom(s) :	

INDIVIDU (I) (Suite)

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

ÉQUIPEMENTS (É)

Identifier le(s) équipement(s) utilisé(s) lors de l'accident :		
<input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Aiguille / seringue <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière chaise <input type="checkbox"/> Chaise évacuation <input type="checkbox"/> Cylindre O ₂ <input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur <input type="checkbox"/> MDSA <input type="checkbox"/> Méga-Mover <input type="checkbox"/> Planche dorsale <input type="checkbox"/> Rescue Seat <input type="checkbox"/> Scoop <input type="checkbox"/> Traineau d'évacuation <input type="checkbox"/> Planchette de transfert	<input type="checkbox"/> Trousse médicaments <input type="checkbox"/> Trousse Support Vital <input type="checkbox"/> Trousse Trauma <input type="checkbox"/> Cannelle d'abrasif / déglaçant <input type="checkbox"/> Véhicule Ambulancier : # <input type="checkbox"/> Avion ambulance : Modèle <input type="checkbox"/> Autre(s), spécifiez :
EPI porté lors de l'évènement :		
<input type="checkbox"/> V.P.I. <input type="checkbox"/> Chaussures <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Gants <input type="checkbox"/> Jaquette <input type="checkbox"/> Ceinture de sécurité <input type="checkbox"/> Tyvek <input type="checkbox"/> Masque, type :		

Rapport de déclaration D'INCIDENTS / D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

LIEUX (L)

Identifiez le lieu où est survenu l'accident :

Établissement de l'employeur <input type="checkbox"/> garage <input type="checkbox"/> logement <input type="checkbox"/> bureaux <input type="checkbox"/> station <input type="checkbox"/> salle des TA <input type="checkbox"/> terrain <input type="checkbox"/> autre :		Résidence du travailleur <input type="checkbox"/> intérieur Préciser : <input type="checkbox"/> extérieur Préciser :		Résidence du patient <input type="checkbox"/> intérieur Préciser : <input type="checkbox"/> extérieur Préciser :		Établissement de santé <input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> Rés. pers. âgées Préciser le nom de l'établissement : <input type="checkbox"/> intérieur <input type="checkbox"/> extérieur Préciser : Préciser :			
Véhicule ambulancier <input type="checkbox"/> cabine avant <input type="checkbox"/> cabine arrière <input type="checkbox"/> avion ambulance		Escalier <input type="checkbox"/> intérieur Nbre de marches : <input type="checkbox"/> extérieur État de l'escalier : <input type="checkbox"/> métal <input type="checkbox"/> bois <input type="checkbox"/> ciment		Voies non carrossables <input type="checkbox"/> cours d'eau <input type="checkbox"/> forêt <input type="checkbox"/> sentier <input type="checkbox"/> île <input type="checkbox"/> autre :		Sur la route <input type="checkbox"/> autoroute <input type="checkbox"/> route <input type="checkbox"/> rang <input type="checkbox"/> autre :		Autres lieux <input type="checkbox"/> mines <input type="checkbox"/> usine <input type="checkbox"/> aréna <input type="checkbox"/> édifice public <input type="checkbox"/> aéroport <input type="checkbox"/> centre de ski <input type="checkbox"/> 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 inadéquat : Oui Non Préciser :

Conditions climatiques :

<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> très ensoleillée	<input type="checkbox"/> brouillard	<input type="checkbox"/> grêle
<input type="checkbox"/> chaleur importante	<input type="checkbox"/> pluie	<input type="checkbox"/> verglas	<input type="checkbox"/> neige
<input type="checkbox"/> froid important	<input type="checkbox"/> bruine	<input type="checkbox"/> glace noire	<input type="checkbox"/> tempête

Présence de : gaz vapeurs produits dangereux autres Préciser :

Espace restreint : Oui Non Préciser :

TÂCHE (T)

Au moment où est survenu l'événement, le travailleur

<input type="checkbox"/> était en direction du lieu de l'intervention	<input type="checkbox"/> quittait le centre de santé / hospitalier
<input type="checkbox"/> était sur les lieux de l'intervention	<input type="checkbox"/> était en direction du point d'attente ou du point de service
<input type="checkbox"/> quittait le lieu de l'intervention	<input type="checkbox"/> Inspection mécanique/matériel
<input type="checkbox"/> était en direction du centre de santé / hospitalier	<input type="checkbox"/> Nettoyage et désinfection
<input type="checkbox"/> procédait à l'intervention	<input type="checkbox"/> était à un point d'attente
<input type="checkbox"/> était au centre de santé / hospitalier	<input type="checkbox"/> autre Préciser :

Lors de l'événement, le travailleur exécutait le mouvement suivant :

<input type="checkbox"/> Soulever	<input type="checkbox"/> Tirer	<input type="checkbox"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/> Se coucher	<input type="checkbox"/> Pivoter	<input type="checkbox"/> Transférer	<input type="checkbox"/> Monter
<input type="checkbox"/> Descendre	<input type="checkbox"/> Prodiguier des soins	<input type="checkbox"/> Transporter	<input type="checkbox"/> Pousser	<input type="checkbox"/> Marcher		
<input type="checkbox"/> Autres Préciser :						

Manutention d'une charge

Patient Équipement Autres :
 Taille de la charge : Poids de la charge :
 Taille du coéquipier : Poids du coéquipier :
 Coéquipier : Habituel Occasionnel
 Préciser :

Méthode de travail

Avec un équipement Sans équipement
 Autres :
 Avec coéquipier Seul
 Autre(s) intervenant(s) : oui non
 Préciser :

Rapport de déclaration D'INCIDENTS / D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

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.