



Déclaration d'accident d'éclaboussure

Ne pas remplir les cases colorées en gris s.v.p.

Nom* _____ Prénom* _____

Sexe: -M -F Date de naissance* (jj/mm/aaaa)

N° d'ordre: S Hôpital: _____ code:

N° de matricule*: et/ou Numéro SIS*:

Service d'affectation: _____ code:

Salle/service où l'accident a eu lieu: _____ code:

Date de l'incident: (jj/mm/aaaa) Heure de l'incident: (h min.)

Date de déclaration: (jj/mm/aaaa) Heure de déclaration: (h min.)

Statut: 1 contractuel 2 indépendant 3 intérimaire 4 externe, consultant 5 autre: _____

Circonstances de l'incident: 1 geste de routine 2 situation d'urgence

Indiquez le nombre d'heures de travail avant l'incident: (h min.)

Combien de temps s'est-il déroulé entre l'incident et les premiers soins: (h min.) pas de soins appliqués (* à usage interne)

1) Catégorie professionnelle: (ne cocher qu'une seule case)

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|---|
| <u>Médical</u> | 1 médecin (staff) | 12 dentiste (staff) | 2 médecin en formation de spéc. Spécialisation: _____ |
| <u>Infirmier</u> | 4 infirmier | 21 accoucheuse | 22 perfusionniste |
| <u>Auxiliaire de soins</u> | 18 aide soignant | 18 assistant logistique | 23 assistant dentaire |
| <u>Paramédical</u> | 10 technicien labo | 24 kinésithérapeute | 25 ergothérapeute 26 diététicien |
| <u>Logistique</u> | 14 nettoyage | 19 buanderie | 27 transport/déchets 28 manutention 29 brancardier |
| <u>Etudiant</u> | 3 médecine | 30 dentisterie | 5 infirmier 17 autre: _____ |
| <u>Autres</u> | 15 autre: spécifiez: _____ | | |

2) Lieu de l'incident: (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|---|--|
| 1 dans la chambre du patient (excepté psychiatrie - voir 18) | 10 examen technique (RX/ECG, etc.) |
| 2 hors la chambre du patient (couloir, bureau infirmier, ...) | 11 labo clinique |
| 3 service d'urgence | 13 logistique (nettoyage, buanderie, transport, ...) |
| 4 soins intensifs | 16 quartier d'accouchement |
| 5 quartier d'opération/salle de réveil | 17 soins à domicile |
| 6 consultation/prise de sang | 18 psychiatrie |
| 9 centre de dialyse | 14 autre, spécifiez: _____ |

3) Le patient source était-il identifiable: (ne cocher qu'une seule case) 1 oui 2 non 3 inconnu

3a) Si oui, le patient source était-il contaminé? (ne cocher qu'une seule case) 1 oui 2 non 3 inconnu

3b) Si oui, avec: (cocher tout ce qui est d'application)

Hépatite B	1 oui	Hépatite C	1 oui	VIH	1 oui	Autre, spécifiez: _____	1 oui
	2 non		2 non		2 non		2 non

5) Le liquide corporel était-il visuellement contaminé avec du sang? 1 oui 2 non 3 inconnu

6) Quelle partie du corps était exposée? (cocher tout ce qui est d'application)

peau intacte	yeux (conjonctivaux)	bouche (muqueuse)
peau lésée	nez (muqueuse)	autre: spécifiez: _____

7) Le sang ou le liquide sanguant: (cocher tout ce qui est d'application)

est-il entré en contact avec la peau non protégée	a-t-il mouillé les vêtements de protection
est-il entré en contact avec la peau par une ouverture dans le vêtement	a-t-il trempé les vêtements

8) Combien de protections personnelles portiez-vous au moment de l'incident?

1 1 ou plusieurs 2 aucun

8a) Si 1 ou plusieurs, quelles protections personnelles portiez-vous au moment de l'incident: (cocher tout ce qui est d'application)

<u>Gants:</u>	1 paire de gants	double paire de gants
<u>Protection de visage:</u>	lunettes (ordinaires)	lunettes de protection
	masque avec visière	masque
<u>Vêtement:</u>	perméable	semi-perméable
	non-perméable	
<u>Autres:</u>	autre; spécifiez: _____	

"Light" -
EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS

EXPOSURE PREVENTION?
INFORMATION NETWORK?

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V1.3-light/Belgium

5/2003

