



Déclaration d'accident de piqure, coupure et morsure

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 2 non 2 non 2 non

4) Le blessé était-il l'utilisateur de l'objet tranchant/piquant? 1 oui 2 non 3 inconnu

5) L'objet tranchant/piquant était-il: (ne cocher qu'une seule case)

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|--|
| 1 souillé - - - - - ? | 5a) y avait-il du sang sur l'objet? | 1 souillé de sang ou de liquides corporels sanglants |
| 2 non souillé | | 2 souillé d'autres liquides corporels/substances |
| 3 inconnu | | |

6) A l'origine, quel était l'usage de l'objet tranchant/piquant? (ne cocher qu'une seule case)

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|---|
| <u>Inconnu:</u> | 1 ou non applicable | | |
| <u>Administration liquide:</u> | 4 intravasculaire | 18 par la trousse de perfusion | 2 autre IM, SC, ID |
| <u>Pose de:</u> | 6 ligne périphérique | 16 ligne centrale ou artérielle | |
| <u>Prise liquide corporel:</u> | 8 sang artériel | 7 sang veineux | 10 prélèvement doigt/talon 9 autre liquide corporel |
| | + - - - - - - - - - - ? | 6a) " a directement " b prise d'une ligne | |
| <u>Inciser/couper:</u> | 12 couper | 13 inciser au bistouri électrique | |
| <u>Suturer:</u> | 11 suturer | 20 agraffer | |
| <u>Autres:</u> | 19 prise d'échantillon de tissu | 17 forer | 14 récipient pour médicaments |
| | 15 autre, spécifiez: _____ | | |

11) **Sévérité de la lésion?**

- 1 Superficielle (*très peu ou pas de saignement, éraflure*)
- 2 Modérée (*piqûre, quelques saignements*)
- 3 Grave (*coupure, hémorragie*)

12) **L'objet tranchant/piquant a-t-il pénétré?**

- 1 une paire de gants
- 2 double paire de gants
- 3 pas de gants

13) **Un collecteur d'aiguilles était-il à proximité**

- 1 oui
- 2 non
- 3 non applicable

14) **Décrivez les circonstances de l'incident:**(spécifiez p.ex. si un mauvais fonctionnement du matériel a joué un rôle)

15) **Pensez-vous qu'un autre moyen de prévention ou une autre procédure au sein de votre hôpital, aurait permis d'éviter l'incident?**

- 1 oui
- 2 non
- 3 inconnu

Spécifiez: _____

Merci pour votre collaboration.

Les données que vous avez fournies, seront envoyées d'une manière codée pour analyse à l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), Bruxelles. L'ISP garanti le traitement confidentiel des données et leur usage dans un but de recherche scientifique traitant des accidents exposant au sang.

Signature (Lu et approuvé):