

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

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

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

4) Quels liquides corporels étaient concernés? (cocher tout ce qui est d'application)

- | | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> sang ou dérivés de sang | <input type="checkbox"/> crachat | <input type="checkbox"/> liquides cérébro-spinaux | <input type="checkbox"/> liquide pleural | <input type="checkbox"/> urine |
| <input type="checkbox"/> vomissure | <input type="checkbox"/> salive | <input type="checkbox"/> liquide péritonéal | <input type="checkbox"/> liquide amniotique | <input type="checkbox"/> autre, spécifiez: _____ |

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)

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> peau intacte | <input type="checkbox"/> yeux (conjonctives) | <input type="checkbox"/> bouche (muqueuse) |
| <input type="checkbox"/> peau lésée | <input type="checkbox"/> nez (muqueuse) | <input type="checkbox"/> autre: spécifiez: _____ |

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> est-il entré en contact avec la peau non protégée | <input type="checkbox"/> a-t-il mouillé les vêtements de protection |
| <input type="checkbox"/> est-il entré en contact avec la peau par une ouverture dans le vêtement | <input type="checkbox"/> a-t-il trempé les vêtements |

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

- 1 1 ou plusieurs 2 aucun

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 Seston, Dickinson and Company.

V3/Belgium

12/2003

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

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

9) L'exposition était le résultat de? (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 contact direct avec le patient | <input type="checkbox"/> 10 sonde gastrique, tuyau de ventilation se détache, fuit, éclabousse |
| <input type="checkbox"/> 2 récipient qui fuit, éclabousse | <input type="checkbox"/> 6 contact avec une surface, appareil contaminé |
| <input type="checkbox"/> 3 récipient cassé | <input type="checkbox"/> 7 contact avec un drap, couverture, vêtements, etc contaminés |
| <input type="checkbox"/> 5 éclabousse, fuite d'un récipient contenant une autre liq corp. | <input type="checkbox"/> 8 inconnu |
| <input type="checkbox"/> 4 rupture ou fuite d'une ligne IV, sac, pompe | <input type="checkbox"/> 9 autre, spécifiez: _____ |

10) Combien de temps a duré le contact entre le sang ou le liquide corporel et votre peau ou muqueuse? (ne cocher qu'une seule case)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Moins de 5 minutes | <input type="checkbox"/> 3 de 15 minutes à 1 heure |
| <input type="checkbox"/> 2 de 5 à 14 minutes | <input type="checkbox"/> 4 Plus d'une 1 heure |

11) Quelle quantité de sang/liquide corporel est entrée en contact avec votre peau ou muqueuse? (ne cocher qu'une seule case)

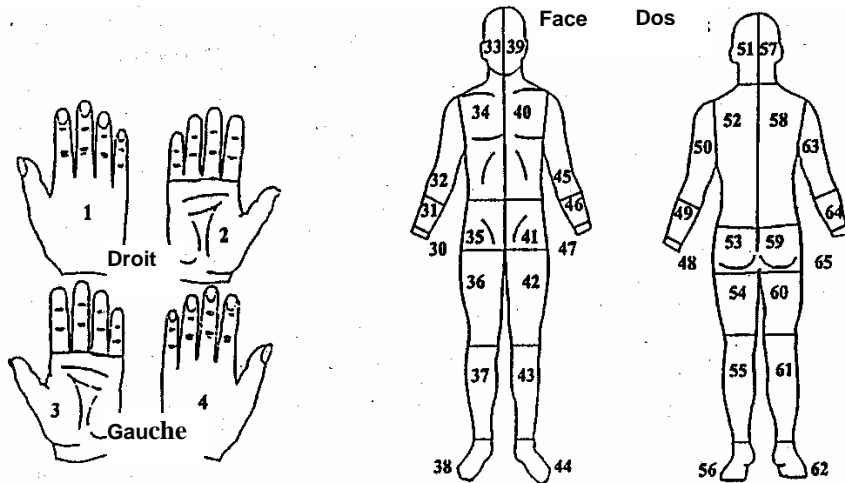
- 1 petite quantité (jusque 5 ml)
 2 quantité moyenne (jusque 50 ml)
 3 grande quantité (plus de 50 ml)

12) Indiquez la (les) zone(s) exposée(s):

Plus grande partie exposée: _____

Partie moyennement exposée: _____

Plus petite partie exposée: _____



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

14) 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 de la victime (Lu et approuvé): _____