

Déclaration d'accident de piqure, coupure et morsure

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.
V3/Belgium

12/2003

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) 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)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1 souillé | ► 5a) y avait-il du sang sur l'objet? | <input type="checkbox"/> 1 souillé de sang ou de liquides corporels sanglants |
| <input type="checkbox"/> 2 non souillé | | <input type="checkbox"/> 2 souillé d'autres liquides corporels/substances |
| <input type="checkbox"/> 3 inconnu | | |

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

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

7) L'accident s'est-il produit? (ne cocher qu'une seule case)

Lors de la préparation: 1 Avant usage de l'objet (bris, objet échappé des mains, montage d'un instrument, etc.)

Pendant manipulation: 2 Pendant l'utilisation de l'objet (objet échappé des mains, bousculé par une autre personne, etc.)

15 En tenant le patient

3 Entre les différentes étapes d'une procédure (entre injections successives, passage d'instruments, etc)

7 Lors du retrait de l'aiguille hors du caoutchouc ou d'un autre matériel résistant (porte d'accès: port-a-cath™)

Après manipulation:

4 Lors du démontage des appareils ou des instruments

5 Lors du traitement d'un instrument réutilisable (triage, nettoyage, désinfection, ...)

6 Lors du remplacement du capuchon d'une aiguille usagée (recapuchonnage)

8 Après usage, mais avant l'élimination (rangement, transport, p.ex. vers un collecteur d'aiguilles, ...)

Lors du rangement:

9 Objet tranchant/piquant abandonné sur ou tout près du collecteur d'aiguilles

16 Objet tranchant/piquant abandonné sur le sol, une table, un lit ou un autre endroit inapproprié

10 En déposant l'objet dans un collecteur d'aiguilles

11 Piqué/coupé par un objet dépassant d'un collecteur d'aiguilles

12 L'objet a perforé le paroi du collecteur d'aiguilles

13 L'objet dépassait d'un sac jetable ou d'un collecteur de déchets

Autre:

14 Autre; spécifiez: _____

8) Quel type d'objet a provoqué la lésion? (ne cocher qu'une seule case)

Aiguille (creuse)

Instrument chirurgical ou autre objet tranchant
morsure voir 44 (dents),
érafure voir 52 (ongles)

Verre, plastique

Aiguilles (creuses) (pour aiguille de suture: voir "Instrument chirurgical")

8 aiguille prise de sang (vacuum)

11 cathéter IA (mandrain)

6 aiguille à ailettes

9 aiguille épидurale ou spinale

4 aiguille port-a-cath™

17 aiguille intra-articulaire

1 IV, IM, SC, ID (avec seringue)

28 dénomination de l'aiguille inconnu

16 trocard

29 autre, spécifiez: _____

7 cathéter IV (mandrain)

Instrument (chirurgical) ou autre objet tranchant/piquant (pour objets en verre voir "Verre")

lame: 45 bistouri (disposable)

32 bistouri (non-disposable)

30 lancette (doigt/talon)

36 bistouri électrique

33 rasoir

40 lame de microtome

Instrument:

35 ciseaux

41 pince

51 clamp, pincette

46 crochet de peau/os

49 pointe

Suture:

31 pour aiguille de suture: voir

47 agrafes, e.a.

48 fils (de fixation, de conduction, de suture ...)

Autres:

44 dents

52 ongles

59 autre, spécifiez: _____

Verre, plastique

Objet:

60 ampoule

tube (vacuum):

42 plastique

64 verre

67 couvre-objet

tube (échantillon/test):

43 plastique

65 verre

63 pipette (verre)

66 tube capillaire (verre)

Autre:

78 verre, d'origine inconnu

79 autre, spécifiez: _____

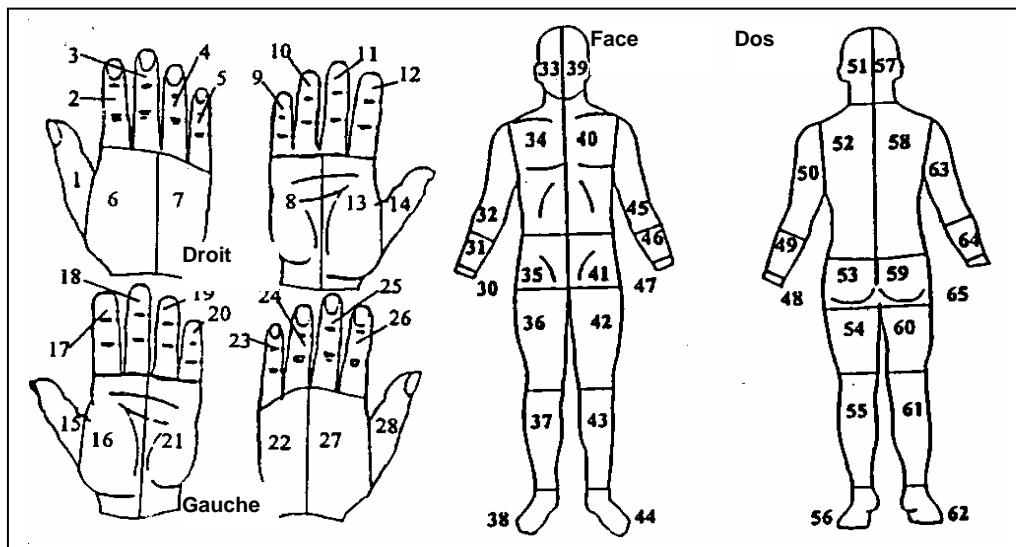
9) L'objet tranchant ou l'aiguille qui a causé l'accident, était-il protégé (<<safety design>>: p.ex :cathéters IV de sécurité)?

1 oui

2 non

3 inconnu

10) Indiquez l'endroit de l'incident:



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 de la victime (Lu et approuvé):