

# Déclaration d'accident de piqûre, coupure et morsure



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             | <input type="checkbox"/> 18 par la trousse de perfusion    | <input type="checkbox"/> 2 autre IM, SC, ID   |
| <u>Administration liquide:</u> | <input type="checkbox"/> 4 intravasculaire               | <input type="checkbox"/> 16 ligne centrale ou artérielle   |   |
| <u>Pose de:</u>                | <input type="checkbox"/> 6 ligne périphérique            | <input type="checkbox"/> 7 sang veineux                    | <input type="checkbox"/> 10 prélèvement doigt/talon <input type="checkbox"/> 9 autre liquide corporel |
| <u>Prise liquide corporel:</u> | <input type="checkbox"/> 8 sang artériel                 |  | <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 épurale 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

63 pipette (verre)

tube (échantillon/test):

43 plastique

65 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:



