

# 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: **B**     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**<sup>TM</sup>  
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

**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)**

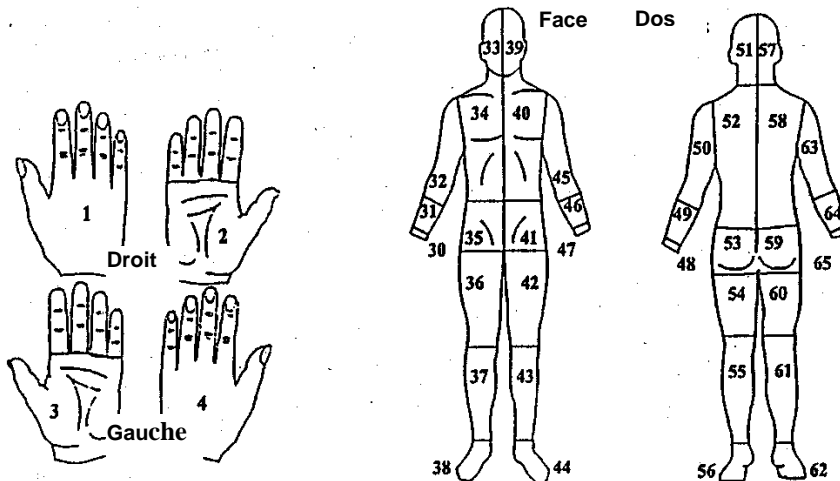
- 1 petite quantité (jusque 5 ml)  
 2 quantité moyenne (jusque 50 ml)  
 3 grande quantité (plus de 50 ml)

**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