

## ANNEXE 12 FORMULAIRE DE DÉCLARATION ET DE DIVULGATION EN CAS D'INCIDENT OU D'ACCIDENT DANS UNE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉS

### PROCÉDURE À SUIVRE EN CAS D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

Lorsque se produit un incident ou un accident dans la résidence, la personne qui constate l'événement ou qui en est témoin, doit remplir la section « Déclaration » du présent formulaire et en aviser la personne responsable du registre d'incident et d'accident. L'analyse des circonstances et des conséquences entourant l'événement ainsi que la divulgation de cette information auprès du résident impliqué ou de son représentant doivent être faites par la personne responsable du registre ou par l'exploitant de la résidence.

### DÉFINITIONS : selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)

- Accident : action ou situation où le risque se concrétise et est, où pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou sur le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou de tiers.
- Incident : action ou situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou sur le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou de tiers, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences.
- Conséquence : répercussions sur la santé ou sur le bien-être de la personne victime de l'accident.

REMPHIR LE PRÉSENT FORMULAIRE NE COMPROMET PAS LE DÉCLARANT ET N'ÉQUIVAUT PAS À PORTER  
UNE ACCUSATION

### DÉCLARATION

Section à remplir par la personne qui constate l'incident ou l'accident

#### Section 1

Nom du résident : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ N° de chambre ou de logement : \_\_\_\_\_

#### Section 2

Date de l'événement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Moment inconnu : \_\_\_\_\_

Endroit où l'événement s'est produit :

#### Section 3

Description objective et détaillée de l'événement (description des faits entourant la situation) :

---

---

---

## ANNEXE 12 (suite)

### Section 4

Type d'événement

A Chute

B Erreur de :  médicament  traitement  diète

C Problèmes de :  matériel ou d'équipement  biens personnels (bris ou vol)

D  Abus  agression  harcèlement

E Autre(s) (précisez) \_\_\_\_\_

### Section 5

Conséquences immédiates pour la personne touchée

Aucune  Physiques  Psychologiques  Décès

Autre(s) (précisez) \_\_\_\_\_

Description des conséquences physiques ou psychologiques (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, anxiété, modification du comportement) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Section 6

Description des mesures prises ou des actions accomplies lors de l'événement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personnes avisées à propos de l'événement (représentant du résident, infirmière, responsable du registre) :

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction ou lien : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction ou lien : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

### Section 7

Nom du déclarant : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date du rapport : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature

## ANNEXE 12 (suite)

### Section 8

Recommandations ou suggestions que le déclarant juge pertinentes pour éviter que l'événement se reproduise :

---

---

### Section 9

Témoins de l'événement :

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction ou lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction ou lien : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

Section à remplir par la personne responsable du registre

### Section 10

Mesures correctives proposées par le responsable du registre pour réduire l'incidence et la récurrence de l'événement (pour éviter qu'un événement semblable se reproduise) :

---

---

---

Nom et titre de la personne responsable du registre : \_\_\_\_\_

Signature

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de la communication à l'exploitant de l'avis d'incident ou d'accident : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Mesures prises par l'exploitant pour réduire les risques et diminuer la fréquence ou la récurrence de l'événement :

---

---

---

Nom de l'exploitant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## ANNEXE 12 (suite)

### DIVULGATION EN CAS D'ACCIDENT

Section réservée à la personne responsable du registre ou à l'exploitant de la résidence

#### Section 11

Mode de divulgation :

Rencontre avec le résident

Rencontre avec le représentant du résident

Téléphone au représentant du résident

Autres (précisez) \_\_\_\_\_

Information donnée :

Description des faits entourant l'accident

Renseignements relatifs aux conséquences, présentes ou appréhendées, de l'événement sur la santé ou sur le bien-être du résident

Suggestion de soins ou de mesures de soutien pour atténuer les conséquences subies

Suggestion de mesures pour prévenir la récurrence d'un accident semblable

Réponses apportées aux questions du résident ou à celles de son représentant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mesures prises pour que le résident obtienne l'aide dont il a besoin :

\_\_\_\_\_

Date de la divulgation : \_\_\_\_\_

Nom de la personne à laquelle la divulgation a été faite : \_\_\_\_\_

Lien avec le résident : \_\_\_\_\_

Signature de la personne ayant procédé à la divulgation : \_\_\_\_\_

Titre de la personne ayant procédé à la divulgation : \_\_\_\_\_

Note :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_