

Étape 1

Aller chercher le formulaire électronique dans l'intranet

The screenshot shows an intranet homepage with several news and service tiles. A red arrow labeled "1E ÉTAPE" points to the "Accident Incident AU TRAVAIL" icon in the right-hand menu.

News Tiles:

- Une civière innovante aux soins intensifs**
mardi 01 novembre 2022
La Direction des soins infirmiers - secteur des soins intensifs se dote d'une civière innovante.
[Lire la suite...](#)
- Mentions honorables pour deux équipes**
vendredi 28 octobre 2022
Les équipes Aire ouverte Estrie et Proximité ACCÈS ont reçu des mentions spéciales au Gala des Prix Hippocrate, le 26 octobre.
[Lire la suite...](#)
- Actualités locales**
 - Fleurimont | Détournement du passage piétonnier**
vendredi 28 octobre 2022
En raison du chantier dans la semaine du 31 octobre 2022
[Lire la suite...](#)
 - Sherbrooke | Nouveau système d'information de...**
jeudi 10 novembre 2022

Service Tiles:

- Optimisez votre situation financière**
jeudi 01 décembre 2022 08:00
Webinaires : Faites votre choix parmi une vaste sélection de séances sans frais
- Séance du conseil d'administration**
jeudi 01 décembre 2022 16:00
Rencontre du conseil d'administration le 1er décembre à 16 h

Right-hand Menu:

- Outils Applications
- Centre de services DRIT
- Requêtes SAFIR
- ADEBOOKING
- MÉTHODES DE SOINS WVS@
- SISSS
- SÉCURITÉ DE L'INFORMATION
- MESURES D'URGENCE
- rxvigilance
- PRASE
- Accident Incident AU TRAVAIL (highlighted with a red circle and arrow)
- SIMDUT
- FORMATION MULTI ACCÈS
- RABAIS CORPOS

Bottom Right:

- accompagner et protéger chaque enfant | tous concernés EN ESTRIE
- Racontez-nous...
Vos belles histoires

Étape 2

Inscrire votre CIP

SOFIR Requêtes Créer Archives ATG_EBPP

A) AIDE-MÉMOIRE
Avant d'accéder au formulaire de déclaration d'accident/incident du travail, assurez-vous de connaître ces informations:

1. Votre CIP (code d'identification personnel)
2. Votre matricule (cette information est disponible lorsque vous accédez à votre relevé de présence ou relevé de paie)
3. Votre unité administrative (dépt.) (cette information est disponible lorsque vous accédez à votre relevé de présence ou relevé de paie)
4. Votre direction
5. Le nom de votre gestionnaire (chef de service)

B) Pour toute question relative à la complétion du formulaire, veuillez communiquer avec le Service Prévention et réduction des risques liés à la santé et sécurité au travail au poste 47053
C) Après avoir soumis votre déclaration, pour un suivi éventuel, veuillez vous référer au service Soutien à la santé et réintégration au travail - Lésions professionnelles et programmes spéciaux

Accident ou incident au travail - formulaire employé Éta

Inscrire votre CIP Logibec et cliquer sur [Valider] Valider

2E ÉTAPE

Lorsque vous écrivez votre CIP, les informations seront inscrites automatiquement (unité administrative, direction et le nom du gestionnaire)

Étape 3

Valider votre identité

Valider votre identité en cliquant sur votre nom ×

Rechercher :
(Recherche à partir du début du champ pour obtenir des résultats)

Matricule	CIP	Nom	Prénom	Titre
11111	SST1234	SÉCURITÉ	MADAME	7455 - INF AUX 37H50

Afficher : 20 ▼

1

3E ÉTAPE

Étape 4

Compléter le formulaire
d'accident ou incident du
travail

Accident ou incident au travail - formulaire employé		État : En rédaction	
Inscrire votre CIP Logibec et cliquer sur [Valider] <input type="text" value="SST1234"/> [Valider]			
Informations de l'employé			
12345 - SÉCURITÉ, MADAME Age: () (Sexe: F) Titre d'emploi 7455 - INF AUX 37H50 Statut: 1-TC Syndicat: 71 - FIQ - CIUSSSE - catégorie 1 Date d'embauche: <input type="text"/> Ancienneté sur le poste (si connu) <input type="text"/>		Suite Établissement * <input type="text"/> Direction * <input type="text" value="DSI"/> Unité adm: Modifier l'Unité admin Gestionnaire * <input type="text"/>	
Lieu où l'événement s'est produit (l'installation) *	<input type="text"/>	Numéro de téléphone où vous pouvez être rejoint *	<input type="text"/>
Liste de rappel *	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Gestionnaire responsable sur le lieu de l'accident/incident *	<input type="text"/>
Équipe volante *	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Quart de travail lors de l'événement *	<input type="radio"/> jour <input type="radio"/> soir <input type="radio"/> nuit		
		Courriel pour recevoir un suivi	<input type="text"/>
2. Description de l'incident ou l'accident			
Décrivez les circonstances, telle une histoire ou une reprise vidéo de ce qui a entouré l'événement accidentel par exemple : quelle tâche faisiez-vous? à quel endroit, quel environnement, à quel moment? que s'est-il passé? avec quels équipements ou quels produits? avec qui étiez-vous? le cas échéant l'état de l'utilisateur, les comportements observés, la cause si connue, le climat du groupe. (Exemple : j'ai ressenti une douleur au dos en transférant, à l'heure du dîner, le patient de la chambre X du lit au fauteuil roulant. Il a eu une faiblesse et s'est agrippé à mon cou.) *			
<input type="text"/>			
Que suggérez-vous pour qu'un tel événement ne se reproduise pas (mesures correctives / préventives)? *			
<input type="text"/>			
Déclaration de l'événement			
Date de l'événement *	<input type="text"/>	Heure (00:00) *	<input type="text"/> AM/PM * <input type="text"/>
Lieu précis de l'événement (no chambre, no local, stationnement, à domicile, autre) *	<input type="text"/>		
Nom des témoins de l'événement s'il y a lieu (nom et titre d'emploi)	<input type="text"/>		
Nom du supérieur ayant été avisé de l'événement (ex.:coordonateur d'activité, chef d'équipe de nuit ou de fin de semaine, ASI, etc.) *	<input type="text"/>		

Dernière étape

SOUMETTRE le formulaire

Type d'accident (cocher la ou les cases en lien avec l'événement) *	<input type="checkbox"/> Apparition graduelle de la douleur / mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Faux mouvement <input type="checkbox"/> Effort physique <input type="checkbox"/> Manoeuvre/déplacement d'une personne (PDSP) <input type="checkbox"/> Corps étranger <input type="checkbox"/> Égratignure / coupure <input type="checkbox"/> Exposition à un liquide biologique <input type="checkbox"/> Exposition à un médicament dangereux / produit dangereux <input type="checkbox"/> Exposition chimique <input type="checkbox"/> Ingestion <input type="checkbox"/> Violence physique <input type="checkbox"/> Violence verbale <input type="checkbox"/> Autre
Premiers soins reçus *	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Est-ce qu'il y a eu une consultation médicale ? *	<input type="text"/>
Catégorie siège de lésion (cocher le(s) site(s) de la douleur ou de la blessure) *	<input type="checkbox"/> Aucune partie du corps <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Tronc <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Membres supérieurs <input type="checkbox"/> Membres inférieurs
Indiquer si c'est sur le côté droit ou le côté gauche	<input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Droit <input type="radio"/> Les deux côtés <input type="radio"/> N/A
Préciser le(s) site(s) au besoin (optionnel)	<input type="text"/>
Cause, lien, moment *	<input type="checkbox"/> Activité sportive ou de loisir <input type="checkbox"/> Temps de pause/repas <input type="checkbox"/> Déplacement hors installations <input type="checkbox"/> Stationnement <input type="checkbox"/> Bris ou mauvais fonctionnement de l'équipement <input type="checkbox"/> Contact avec sang, salive ou sécrétions <input type="checkbox"/> Morsure <input type="checkbox"/> Aiguille <input type="checkbox"/> Environnement <input type="checkbox"/> Objet <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Collègue <input type="checkbox"/> Équipement/matériel <input type="checkbox"/> Produit chimique <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Méthode de travail <input type="checkbox"/> Surface glissante <input type="checkbox"/> Autre
Nature de la blessure *	<input type="checkbox"/> Brûlure (chaud/froid) <input type="checkbox"/> Contusion <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Douleur au dos/cou <input type="checkbox"/> Entorse <input type="checkbox"/> Éraflure <input type="checkbox"/> Fracture <input type="checkbox"/> Intoxication <input type="checkbox"/> Irritation <input type="checkbox"/> Lacération/coupure <input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Psychologique <input type="checkbox"/> Autre
Pièces jointes	<input type="button" value="Ajouter un fichier..."/>
*	<p>★ Assurez-vous de joindre tous les documents souhaités avant de soumettre votre déclaration parce qu'il ne sera plus possible de le faire par la suite. (ex: photos, billets médicaux ou toutes autres pièces justificatives) ★</p> <input type="checkbox"/> Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et conformes à ce qui s'est produit
Déclaration rédigée par	SÉCURITÉ, MADAME
	Date et heure de la déclaration
	2022-11-07 09:01

Soumettre

Imprimer **DERNIÈRE ÉTAPE**

Possibilité de joindre des fichiers si nécessaire. Le formulaire sera acheminé à votre gestionnaire et à l'équipe de prévention SST

IMPORTANT