

# Rapport d'accidents par piqûres & objets tranchants

# EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS

EXPOSURE PREVENTION ►  
INFORMATION NETWORK ►

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Accident: (uniquement pour usage adm.) S \_\_\_\_\_ Institution: (uniquement pour usage adm.) \_\_\_\_\_ Rempli par: \_\_\_\_\_

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.

V1.1 Democratic Republic of Congo

7/2009

1) Date de l'accident:

2) Heure de l'accident:

3) Salle/service où les faits se sont produits: \_\_\_\_\_

4) Service d'emploi: \_\_\_\_\_

5) A quelle catégorie professionnelle appartient le travailleur touché: (ne cocher qu'une seule case)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Médecin (consultant/stagiaire); spécialisation _____                     | <input type="checkbox"/> 10 Technicien labo clinique      |
| <input type="checkbox"/> 2 Médecin (médecin-chef interne/médecin interne), spécialisation _____     | <input type="checkbox"/> 11 Technicien (hors labo)        |
| <input type="checkbox"/> 3 Etudiant en médecine   | <input type="checkbox"/> 12 Dentiste                      |
| <input type="checkbox"/> 4 Infirmier, spécifiez <input type="checkbox"/> 1 Direction                | <input type="checkbox"/> 13 Hygiéniste/infirmier dentaire |
| <input type="checkbox"/> 5 Etudiant infirmier <input type="checkbox"/> 2 Infirmier                  | <input type="checkbox"/> 14 Personnel de cuisine          |
| <input type="checkbox"/> 18 Aide sanitaire/soignant <input type="checkbox"/> 3 Spécialiste          | <input type="checkbox"/> 19 Personnel de buanderie        |
| <input type="checkbox"/> 6 Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> 4 Infirmier-chef               | <input type="checkbox"/> 20 Sécurité/portier/accueil      |
| <input type="checkbox"/> 7 Assist./pers quartier opérat. <input type="checkbox"/> 5 Accoucheur      | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancier                   |
| <input type="checkbox"/> 8 Entretien <input type="checkbox"/> 6 Intérimaire (uniquement pers temp.) | <input type="checkbox"/> 17 Autre étudiant                |
| <input type="checkbox"/> 9 Phlébotomiste/Ponction veineuse/Equipe IV/prise de sang                  | <input type="checkbox"/> 15 Autre, spécifiez: _____       |

6) Où a eu lieu l'exposition? (ne cocher qu'une seule case)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Chambre/salle du patient  | <input type="checkbox"/> 10 Mesures fonctionnelles (rayons X, ECG, etc.)                                |
| <input type="checkbox"/> 2 Hors chambre patient (couloir, poste infirmier, salle de soins) | <input type="checkbox"/> 11 Laboratoires cliniques  |
| <input type="checkbox"/> 3 Service d'urgences (premiers soins)                             | <input type="checkbox"/> 12 Morgue/anatomopathologie  |
| <input type="checkbox"/> 4 Service de soins intensifs/critiques: quel type: _____          | <input type="checkbox"/> 13 Entretien/commodités (buanderie, réserve centrale, sas de chargement, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 5 Salle d'opération/de réveil                                     | <input type="checkbox"/> 16 Salle de travail et d'accouchement  |
| <input type="checkbox"/> 6 Polyclinique/consultations/bureau                               | <input type="checkbox"/> 17 Centre de jour  |
| <input type="checkbox"/> 7 Banque de sang  |   |
| <input type="checkbox"/> 8 Prise de sang   |   |
| <input type="checkbox"/> 9 Unité de dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale)           | <input type="checkbox"/> 14 Autre, spécifiez: _____   |

7) Le patient source était-il identifiable? (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Oui  2 Non  3 Inconnu  4 Ne s'applique pas

8) Le blessé était-il l'utilisateur premier de l'objet tranchant? (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Oui  2 Non  3 Inconnu  4 Ne s'applique pas

9) L'objet tranchant était-il: (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Souillé (exposition connue à un patient ou matériel souillé) ==> Y avait-il du sang sur l'objet?  1 Oui  2 Non
- 2 Non souillé (pas d'exposition connue à un patient ou matériel souillé)
- 3 Inconnu

10) Etait-ce un dispositif de ré-utilisé ou a été présente sa première utilisation? (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Première utilisation  2 Réutilisés  3 Inconnu

11) Quel était l'usage original de l'objet tranchant? (ne cocher qu'une seule case)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Inconnu/ Ne s'applique pas  | <input type="checkbox"/> 16 Placement de ligne artérielle/centrale  |
| <input type="checkbox"/> 2 Injection intramusculaire/sous-cutanée ou autre injection hypodermique (seringue)   | <input type="checkbox"/> 9 Prélèvement de fluide corporel ou de fragment de tissu (urine/LCR/liquide amniotique/autre liquide, biopsie) |
| <input type="checkbox"/> 3 Rinçage à l'héparine ou solution saline (flush)   | <input type="checkbox"/> 10 Prélèvement au doigt/au talon/prélèvement capillaire  |
| <input type="checkbox"/> 4 Autres injections (ou aspiration par) site d'injection IV ou porte IV (seringue)  | <input type="checkbox"/> 11 Suture  |
| <input type="checkbox"/> 5 Connexion de ligne IV (IV intermittent/piggyback/perfusion IV/autres connexions IV)   | <input type="checkbox"/> 12 Incision  |
| <input type="checkbox"/> 6 Début perfusion IV ou installation lock héparinique (cathéter IV ou aiguille à ailettes)  | <input type="checkbox"/> 17 Foreuse   |
| <input type="checkbox"/> 7 Prise de sang veineux   | <input type="checkbox"/> 13 Electrochirurgie  |
| <input type="checkbox"/> 8 Prise de sang artériel ==> Si utilisé pour prise de sang, s'agissait-il: <input type="checkbox"/> 1 D'une ponction directe? <input type="checkbox"/> 2 D'un prélèvement à partir d'une ligne? | <input type="checkbox"/> 14 Bocal à spécimen en verre ou ampoule à médicament en verre  |
|  | <input type="checkbox"/> 15 Autre; spécifiez: _____   |

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

- 1 Avant usage de l'objet (bris/échappement de l'objet, montage d'un instrument, etc.)
- 2 Durant usage de l'objet (échappement de l'objet, patient a heurté l'objet, etc.)
- 3 Entre les étapes d'une procédure multiphase (entre injections successives, passage d'instruments, etc.)
- 4 Lors du démontage d'instrument ou de matériel
- 5 Lors de la préparation d'un instrument réutilisable pour un nouvel usage (triage, désinfection, stérilisation, etc.)
- 6 Lors du remplacement du capuchon d'une aiguille usagée (recapuchonnage)
- 7 Lors de la rétraction d'une aiguille hors de caoutchouc ou d'un autre matériau résistant (bouchon caoutchouc, porte IV, etc.)
- 8 Après usage et avant élimination (lors du transport vers un collecteur d'aiguilles, stérilisation, etc.)
- 9 Par un objet abandonné sur ou près d'un collecteur d'aiguilles
- 10 En déposant l'objet dans un collecteur d'aiguilles
- 11 Piqué par un objet dépassant d'un collecteur d'aiguilles
- 12 L'objet a perforé la paroi du collecteur d'aiguilles

- 13 L'objet dépassait d'un sac jetable ou d'un autre collecteur de déchets inapproprié
- 15 Contention d'un patient
- 16 Instrument abandonné sur le sol, une table, un lit ou un autre endroit inapproprié
- 14 Autre: spécifiez: \_\_\_\_\_

- 13) Quel type d'objet a provoqué la lésion? (ne cocher qu'une seule case)**
- Aiguille-Forêt creux
  - Instrument chirurgical
  - Verre

**Quel type d'objet a provoqué la lésion? (ne cocher qu'une seule case dans un des trois groupes ci-dessous)**

**Aiguilles** (voir "Instruments chirurgicaux" pour les aiguilles à suture)

- 1 Seringue à usage unique
- 17 Réutilisables seringue en verre
- 2 Seringue à cartouche préremplie (notamment du type Tubex<sup>TM</sup>\* Carpuject<sup>TM</sup>\*)
- 3 Seringue pour gaz sanguins (ABG)
- 4 Seringue, autre type
- 5 Aiguille sur ligne IV (notamment piggybacks & connexion de ligne IV)
- 6 Aiguille à ailettes (pour prise de sang et/ou perfusion)
- 7 Mandrin de cathéter IV
- 8 Aiguille à prise de sang de tube à vide (notamment systèmes type Vacutainer<sup>TM</sup>\*)
- 9 Aiguille spinale ou épidurale
- 10 Aiguille à injection isolé
- 11 Aiguille d'introduction de cathéter artériel
- 12 Aiguille de cathéter de ligne centrale (cœur, etc )
- 29 Autre aiguille, spécifiez: \_\_\_\_\_

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

- 30 Lancette (piqûre au doigt ou au talon)
- 31 Aiguille à suture
- 32 Scalpel réutilisable (scalpel usage unique: code 45)
- 45 Scalpel, usage unique
- 33 Rasoir
- 35 Ciseaux
- 36 Instrument électrochirurgical
- 37 Pince gouge à os
- 39 Pinces à champ
- 40 Lame de microtome
- 40 Lame de microtome
- 41 Trocart
- 46 Agrafes à suture, peau/os
- 47 Crampons/sutures acier
- 48 Fil (suture/fixation/conducteur)
- 49 Tige (fixation, conductrice)
- 50 Forêt/foreuse
- 51 Pincettes/Pinces/Pinces hémostatiques/pinces à saisir
- 38 Ostéotome
- 51 Pincettes/Pinces/Pinces hémostatiques/pinces à saisir
- 44 Ongles/dents
- 59 Autre objet tranchant: Spécifiez: \_\_\_\_\_

**Verre**

- 60 Ampoule à médicament
- 61 Flacon à médicament (faible volume bouchon caoutchouc)
- 62 Flacon à perfusion ou médicament (grand volume)
- 63 Pipette (verre)
- 64 Tube sous vide (verre)
- 65 Tube à spécimen, à essai (verre)
- 66 Tube capillaire
- 67 Verre porte-objet ou couvre-objet
- 79 Autre objet en verre: Spécifiez: \_\_\_\_\_

**Fabricant de produit:** Connu, spécifiez \_\_\_\_\_  
Inconnu

**14) Si l'objet ayant provoqué la blessure était une aiguille ou un objet tranchant médical, possédait-il un "mécanisme de sécurité" avec une aiguille ou lame protégée, rétractile, rétractable, ou mousse? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Inconnu

**14a) Le mécanisme de protection était-il activé? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 Oui, complètement
- 2 Oui, incomplètement
- 3 Non
- 4 Inconnu

**14b) L'exposition s'est-elle produite? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 Avant activation
- 2 Durant l'activation
- 3 Après l'activation
- 4 Inconnu

**15) Si la blessure a été d'une seringue jetable, est-il un "auto-désactiver" seringue avec un mécanisme de blocage empêchant sa réutilisation?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Inconnu
- 4 Ne s'applique pas

**16) Au moment de votre blessure, y-avait-il un conteneur pour jeter les instruments tranchants? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 À portée de main
- 2 Dans la même pièce mas pas à portée de main
- 3 Dans une autre pièce
- 4 Ne s'applique pas

**17) Si il y avait un conteneur pour jeter les instruments tranchants, était-il: (cocher tout ce qui est d'application)**

- 1 un conteneur en carton
- 2 un conteneur en plastique
- 3 une boîte recyclé
- 4 un conteneur conçu spéc. pour les objets tranchant

**18) Quelle localisation de la lésion ? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 Droitier main
- 2 Gaucher main
- 3 Droitier pied
- 4 Gaucher pied
- 5 Autre; spécifiez: \_\_\_\_\_

**19) La lésion était-elle? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 Superficielle (guère de saignement, égratignure)
- 2 Modérée (piqûre, quelque saignement)
- 3 Grave (coupure, hémorragie)

**20) En cas de blessure à la main, l'objet tranchant a-t-il pénétré? (ne cocher qu'une seule case)**

- 1 Une simple paire de gants
- 2 Une double paire de gants
- 3 Pas de gants

21) Avez-vous été vacciné contre l'hépatite B? (cocher tout ce qui est d'application)

- 1 Oui, 3 doses       2 Seulement une ou deux doses       3 Non       4 Ne s'applique pas

22) Décrivez les circonstances de la blessure: (mentionnez si le mauvais fonctionnement du matériel a joué un rôle)

---

---

---

Frais:

_____	<b>Frais de laboratoire</b> (VHB, VHC, VIH, autres tests)
_____	travailleur
_____	source
_____	<b>Frais prophylaxie</b> (IGHB, Vaccin HB, tétanos, autres)
_____	travailleur
_____	source
_____	<b>Frais administratifs (Service d'urgences, employé médecine du travail, autres)</b>
_____	<b>Autres frais (indemnités travailleur, opération, autres)</b>
_____	<b>TOTAL</b>

Est-ce reportable incident à la gouvernement?     1 Oui                       2 Non                       3 Inconnu

Si, oui, Jours de travail? \_\_\_\_\_  
Jours d'activité restreinte: \_\_\_\_\_

Une intervention médicale ou chirurgicale était-elle nécessaire, ou y a-t-il eu décès dans les 10 jours? (ne cocher qu'une seule case)

- 1 Oui                       2 Non                       3 Inconnu

Tubex™ est une marque commerciale de Wyeth Ayers; Carpuject™ est une marque commerciale de Sanofi Winthrop; VACUTAINER™ est une marque commerciale de Becton Dickinson. L'identification de ces produits n'implique pas l'approbation de ces marques spécifiques.