



Formulaire de rapport sur les piégeages et les chutes causés par les lits

Historiquement, les rapports d'incidents pour les piégeages de patients n'ont pas fourni pas aux autorités suffisamment de détails pour permettre une évaluation complète de l'incident et de déterminer si les normes ou lignes directrices s'appliquant au lit sont adéquates.

À cet égard, la personne faisant la déclaration peut jouer un rôle important. Pour les incidents de piégeage, veuillez utiliser le présent formulaire afin de consigner les renseignements importants, que les incidents aient causé ou non des blessures. Veuillez acheminer une copie du présent formulaire à l'Inspectorat de la Direction générale des produits de santé et des aliments:

250, avenue Lanark, Immeuble Graham Spry, 3^e étage
Localisateur postale : 2003D
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Téléphone : 1 800 267-9675
Télécopieur : (613) 954-0941
Courriel : MDCU_UCIM@hc-sc.gc.ca

Aussi bien, une copie de la forme peut être fournie au fabricant pour leur permettre d'employer cette information pour étudier l'incident et pour améliorer leurs conceptions de lit là où applicable.

Le but du présent formulaire consiste à déclarer les incidents de piégeages. Il peut aussi être utilisé pour consigner des données sur les chutes, mais il n'est pas nécessaire de communiquer ces données à Santé Canada, à moins que la chute n'ait été causée par une défaillance des composantes du lit (c.-à-d., le mécanisme de verrouillage de la barrière latérale). Dans ce contexte, veuillez vous assurer de remplir au moins la section suivante.

Un piégeage se définit comme le coincement, le piégeage ou l'immobilisation d'un patient dans les espaces dans ou autour de la barrière, du matelas ou du cadre du lit d'hôpital.

Une chute causée par un lit se définit comme une chute qui se produit dans un lit lorsque le patient sort du lit, monte dans le lit ou tombe accidentellement du lit sur le plancher.

Date de l'incident / /
Jour / Mois / Année

Heure de l'incident : (horloge de 24 heures)

1. **Établissement** _____

2. **Unité** _____

3. **Numéro de la chambre et du lit** _____

4. **Numéro du code à barres**

5. **Marque du lit** _____

6. **Modèle du lit** _____

7. **Nom du patient** _____
Nom de famille Prénom

et/ou

Identificateur du patient _____

(Cette information est optionnelle mais serait utile si une investigation plus poussée était recommandée par les autorités)

8. **Âge du patient** (en années)

9. **État mental au moment de l'incident**

| Alerte et orienté | Légèrement confus | Gravement confus | Comateux/état végétatif | Handicap intellectuel de référence |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. **Le patient avait-il des crises d'épilepsie ou des troubles du mouvement?**

| Oui | Non |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|----------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| | Si oui, décrire son état : | Intervention médicale et chirurgicale | <input type="checkbox"/> |
| | <hr/> | | |
| | <hr/> | | |
| | <hr/> | | |
| | <hr/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| | <hr/> | | |
| | <hr/> | | |

| | | |
|---|---|---|
| 20. L'incident a-t-il été déclaré? | 21. Cet incident aurait-il habituellement été déclaré? | 22. Quel était le niveau de mobilité du patient au moment de l'incident? |
| Oui <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> | Pleine liberté de mouvement <input type="checkbox"/> |
| Non <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ambulant avec aide <input type="checkbox"/> |
| | | Ambulant avec cadre de marche <input type="checkbox"/> |
| | | Fauteuil roulant/dépendant d'un fauteuil roulant <input type="checkbox"/> |
| | | Confiné au lit <input type="checkbox"/> |
| | | Membres manquants <input type="checkbox"/> |

23. Quelle était la capacité de communication du patient au moment de l'incident?

Verbale

Non verbale seulement

Langage gestuel

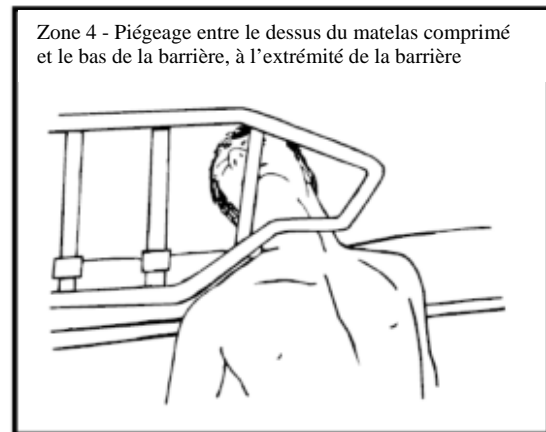
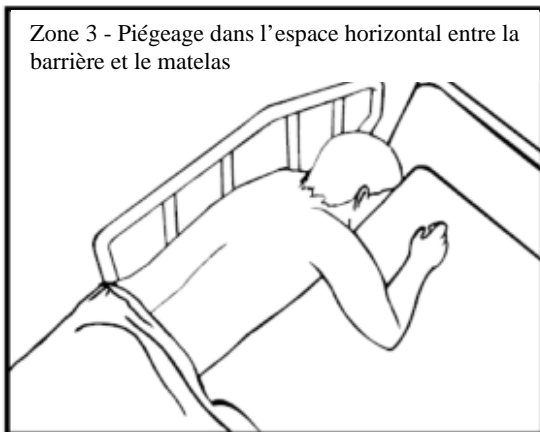
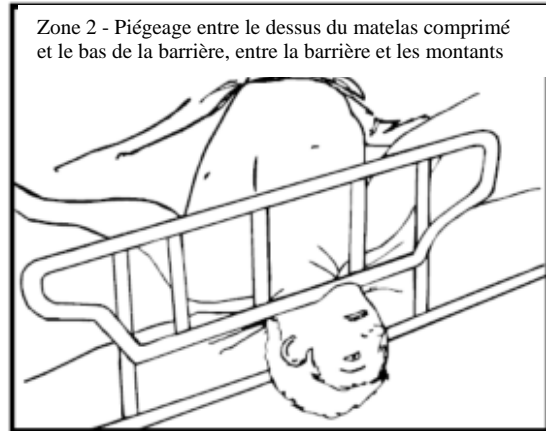
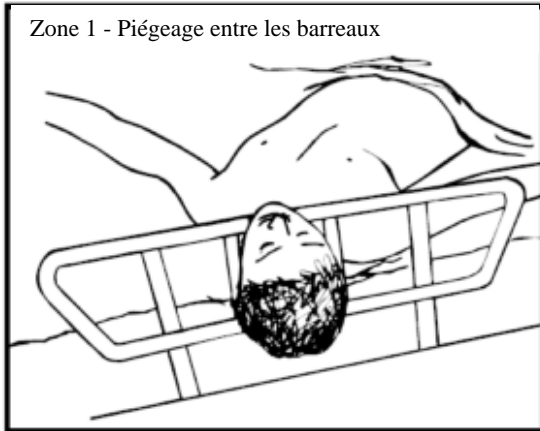
Langue étrangère

24. Accessoires et traitements utilisés

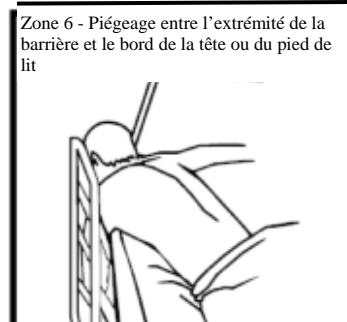
| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Cale pour le butoir de barrière | <input type="checkbox"/> | Coussinets de barrière | <input type="checkbox"/> | Housses de barrière | <input type="checkbox"/> | Écrans de protection contre le piégeage | <input type="checkbox"/> |
| «Coussinets de rembourrage» | <input type="checkbox"/> | Rallonges de barrière | <input type="checkbox"/> | Ajouts de barrière | <input type="checkbox"/> | Moniteurs de positionnement | <input type="checkbox"/> |
| Alarme de sortie de lit | <input type="checkbox"/> | Matelas avec périmètre surélevé | <input type="checkbox"/> | Aide de positionnement | <input type="checkbox"/> | Filet autour du lit | <input type="checkbox"/> |
| Oxygène nasal | <input type="checkbox"/> | IV | <input type="checkbox"/> | Table de lit | <input type="checkbox"/> | | |
| Autre _____ | <input type="checkbox"/> | Autre _____ | <input type="checkbox"/> | Autre _____ | <input type="checkbox"/> | Autre _____ | <input type="checkbox"/> |

25. Si un piégeage s'est produit, indiquez l'emplacement du piégeage en encerclant le numéro de zone approprié.

Piégeage potentiel (seulement les zones 1, 2, 3 et 4 sont évaluées).



Les zones 5, 6 et 7 ne sont pas mesurées. Elles sont illustrées ici seulement à titre de référence pour la déclaration future d'incidents de piégeage.



26. **Quelle partie du corps a été piégée?** Cou Tête Thorax Autre

27. **Quelle était la taille de la partie du corps qui a été piégée?** Diamètre du cou Largeur de la tête, d'une oreille à l'autre Profondeur du thorax (épaisseur) Autre:

28. **Le patient était-il retenu?** Oui Non

Si oui, indiquez le type de retenue. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

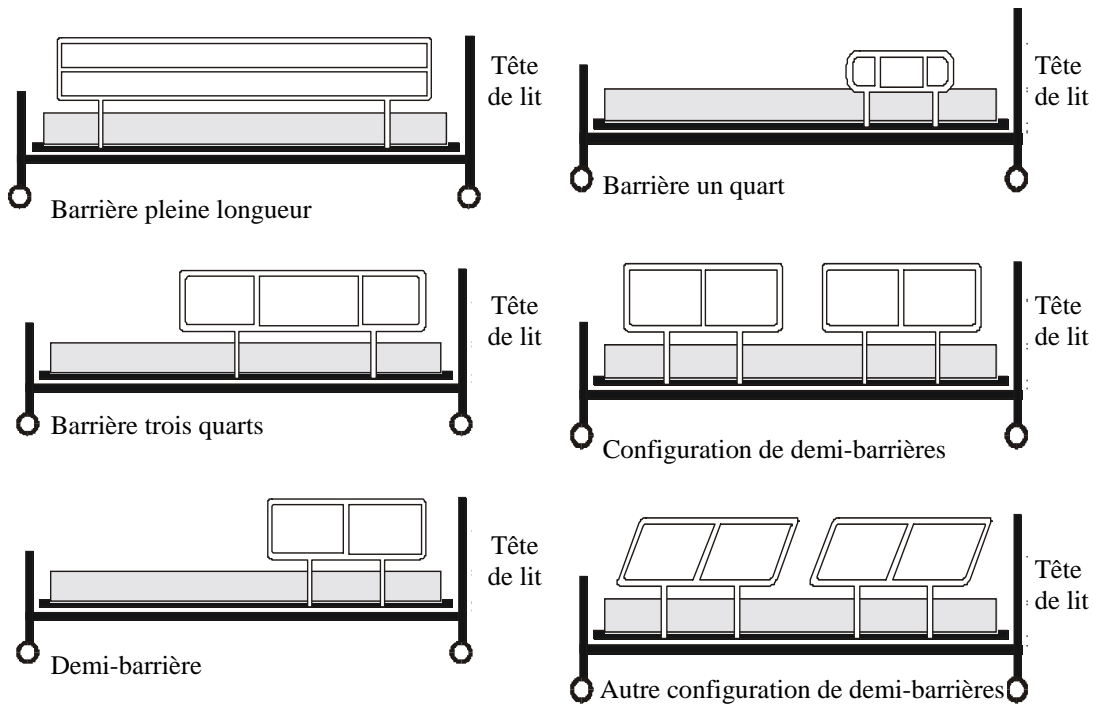
| | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Veste/ poitrine | <input type="checkbox"/> | Poignet, retenue souple-- bilatérale | <input type="checkbox"/> | Cheville, retenue souple-- bilatérale | <input type="checkbox"/> | Mitaine-- bilatérale | <input type="checkbox"/> |
| Ceinture pelvienne/ entre-cuisse | <input type="checkbox"/> | Poignet, retenue souple--un côté | <input type="checkbox"/> | Cheville, retenue souple--un côté | <input type="checkbox"/> | Mitaine--un côté | <input type="checkbox"/> |
| Combinaison poitrine/ pelvienne | <input type="checkbox"/> | Poignet, retenue de cuir-- bilatérale | <input type="checkbox"/> | Cheville, retenue de cuir-- bilatérale | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| Taille/ Ceinture | <input type="checkbox"/> | Poignet, retenue de cuir--un côté | <input type="checkbox"/> | Cheville, retenue de cuir--un côté | <input type="checkbox"/> | | |

29. Encerclez le diagramme approprié à la prochaine page qui indique le mieux la configuration de la barrière du lit en cause lors du piégeage.

Montrez aussi où le piégeage s'est produit (il est préférable de faire un dessin complet du corps).

Autre, décrivez

Mesurez la taille de l'espace où le piégeage s'est produit et indiquez-la ici :



30. Les barrières étaient-elles:

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|--|
| Toutes montées | Toutes baissées | 1 montée (gauche du patient <input type="checkbox"/> , droite du patient <input type="checkbox"/>) | Barrière du haut montée (gauche du patient <input type="checkbox"/> , droite du patient <input type="checkbox"/>) | Barrière du bas montée (gauche du patient <input type="checkbox"/> , droite du patient <input type="checkbox"/>) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. Les barrières étaient-elles celles recommandées par le fabricant?

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Oui | Non | Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

32. Quelle était l'articulation de la plate-forme supérieure?

| | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | À plat | <input type="checkbox"/> | 46 à 89 degrés |
| <input type="checkbox"/> | 15 à 30 degrés | <input type="checkbox"/> | 90 degrés |
| <input type="checkbox"/> | 31 à 45 degrés | | |

33. Quelle était l'articulation de la plate-forme inférieure?

| | | | |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | à plat | <input type="checkbox"/> | 46 à 89 degrés |
| <input type="checkbox"/> | 15 à 30 degrés | <input type="checkbox"/> | 90 degrés |
| <input type="checkbox"/> | 31 à 45 degrés | | |

34. Type de matelas

- Standard (mousse) Autre, précisez
- Matelas d'eau
- Matelas d'air

35. Taille du matelas:

Telle qu'indiquée sur l'étiquette ou autre documentation :

_____ longueur _____ largeur _____ profondeur

Mesurée à l'aide d'un mètre à mesurer, sans compression :

_____ longueur _____ largeur _____ profondeur

36. Âge du matelas (ou date de production) _____

37. Condition du matelas (c.-à-d., mou, ferme, usé, déchiré, etc.)

- 38. Le matelas était-il l'un de ceux recommandés par le fabricant?**
- Oui Non Je ne sais pas
-

39. Ce lit a-t-il été évalué conformément à la ligne directrice de Santé Canada sur les lits et, le cas échéant, quel était le résultat?

40. Ce lit respecte-t-il la norme internationale IEC 60601-2-52 pour les lits médicaux?

Oui

Non

Je ne sais pas

41. Coordonnées de la personne faisant la déclaration :

Nom : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

Courriel : _____