

N° de l'événement

N° du formulaire de la déclaration

## RAPPORT D'ANALYSE DES INCIDENTS ET ACCIDENTS EN RETRAITEMENT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (RARDM)

Nom de l'établissement

### 1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ANALYSE

Date de début de l'analyse			Date de fin de l'analyse		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
<b>Personne responsable de l'analyse</b> <input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Préposé(e)					
Nom, prénom	N° de permis	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
<b>Autres personnes ayant contribué</b> <input type="checkbox"/> Adjoint(e) <input type="checkbox"/> Conseiller(ère) <input type="checkbox"/> Gestionnaire <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Préposé(e)					
Nom, prénom	N° de permis	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
Nom, prénom	N° de permis	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
Nom, prénom	N° de permis	Autre fonction	Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste
État de l'analyse : <input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Non réalisé <input type="checkbox"/> Abandonné					

Commentaires :

### 2 RÉSUMÉ DE L'ANALYSE (justifier le niveau de gravité de l'événement sélectionné)

### 3 STATUT, GRAVITÉ

**A. Est ce que le DM a touché physiquement l'utilisateur?**  Oui  Non  
**N. B. : Si vous cochez Oui, il s'agit d'un accident et si vous cochez Non, il s'agit d'un incident**

**B. Statut/gravité**  
Incident :  A  B    Accident :  C  D  E1  E2  F  G  H  I

### 4 INFORMATIONS SUR LE DISPOSITIF MÉDICAL (DM) IMPLIQUÉ

**N. B. : Veuillez cocher une seule catégorie de DM et une seule case par catégorie**

**A. Dispositif à moteur chirurgical (pneumatique et à batterie)**  
 Alésoir  Dermatome  Perceuse  Scie  Autre :

**B. Dispositif respiratoire ou anesthésique**  
 Circuit respiratoire  lame de laryngoscope  Nébulisateur  
 Dispositif de réanimation cardio-respiratoire  Masque  Autre :

**C. Dispositif électronique ou électrique**

## Accident

Source : l'article 183.2 de la *Loi 113 sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux*.

S'agissant du retraitement d'un dispositif médical, l'application de la définition d'un accident réfère à :

« Toute utilisation à l'endroit d'un usager d'un dispositif médical ayant fait l'objet d'une dérogation à une norme reconnue de retraitement d'un dispositif médical, une telle utilisation devant systématiquement être présumée comme pouvant entraîner une conséquence sur l'état de santé de l'utilisateur ».

## Incident

Source : l'article 183.2 de la *Loi 113 sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux*.

S'agissant du RDM, l'application de cette définition d'un incident réfère à :

« Toute dérogation à une norme reconnue de retraitement d'un dispositif médical ayant été constatée après qu'il eût franchi les derniers contrôles de qualité préalables à son entreposage ou à sa mise en circulation pour utilisation, sans que le dispositif n'ait été utilisé à l'endroit d'un usager ».

ÉCHELLE DE GRAVITÉ			
INCIDENT	A	<p>Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : l'infirmière passe dans l'entrepôt de matériel stérile et remarque par hasard un paquet dont l'emballage est défectueux.</li> </ul>	
	B	<p>Un événement est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : l'infirmière prend un paquet en vue de son utilisation chez l'utilisateur et remarque que l'emballage est déchiré.</li> </ul>	
ACCIDENT	Divulgateur facultative	C	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : l'infirmière à l'interne constate que l'intégrateur de l'oxyde d'éthylène n'a pas changé de couleur dans le plateau qui était en cours d'utilisation. Après vérification, l'indicateur chimique externe est conforme indiquant que le procédé de stérilisation à demandé est à la vapeur.</li> </ul>
		D	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : l'infirmière à l'externe réalise que le champ d'emballage est déchiré alors que les instruments sont en cours d'utilisation.</li> </ul>
		E1	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : l'utilisation d'une pince à cautériser couverte par une gaine isolante fissurée provoque des brûlures autour de l'incision chirurgicale. Le test de fuite électrique de la gaine n'était pas effectué. On applique un traitement local à l'utilisateur.</li> </ul>
		E2	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au delà des services courants (radiographies, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : colite à la suite de résidus de Cidex-OPA.</li> </ul>
		F	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : infection bactérienne à la suite d'un problème de désinfection de haut niveau d'un coloscope.</li> </ul>
		G	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : amputation de la jambe à la suite d'un problème de contamination de dispositif médical orthopédique.</li> </ul>
		H	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : septicémie.</li> </ul>
		I	<p>Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ex. : choc septique.</li> </ul>

**4 INFORMATIONS SUR LE DISPOSITIF MÉDICAL (DM) IMPLIQUÉ (suite)** **D. Dispositif endoscopique flexible**

- |                                       |  |   |                                       |
|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bronchoscope | <input type="checkbox"/> Duodénolescope          | <input type="checkbox"/> Gastroscope      | <input type="checkbox"/> Néphroscope  |
| <input type="checkbox"/> Coloscope    | <input type="checkbox"/> Échoendoscope           | <input type="checkbox"/> Laryngoscope     | <input type="checkbox"/> Urétéroscope |
| <input type="checkbox"/> Cystoscope   | <input type="checkbox"/> Fibroscope d'intubation | <input type="checkbox"/> Nasolaryngoscope | <input type="checkbox"/> Autre :      |

 **E. Instrument médical**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aiguille  | <input type="checkbox"/> Curette, gouge, ostéotome, rugine  | <input type="checkbox"/> Miroir  |
| <input type="checkbox"/> Adaptateur, connecteur, raccord, réducteur  | <input type="checkbox"/> Dissecteur   | <input type="checkbox"/> Moteur manuel et accessoire (dermatome, perforateur, vilebrequin) |
| <input type="checkbox"/> Alésoir   | <input type="checkbox"/> Écarteur : bras d'attachement ou d'extension, lame (latérale, centrale), crochet, énucléateur, extensionneur, rétracteur, diviseur, dissecteur, élévateur                              | <input type="checkbox"/> Ouvre-bouche  |
| <input type="checkbox"/> Applicateur, agrafeuse  | <input type="checkbox"/> Endoscope rigide : arthroscope, bronchoscope, cystoscope, laparoscope  | <input type="checkbox"/> Passe-fil, serre-fil  |
| <input type="checkbox"/> Bistouri  | <input type="checkbox"/> Extracteur   | <input type="checkbox"/> Pièce à main  |
| <input type="checkbox"/> Bougie, dilateur  | <input type="checkbox"/> Implant : agrafe gastrique, clip de ligature, dispositif de fixation interne orthopédique (broche, fil, tige, plaque, vis et agrafe), prothèse pour l'arthroplastie, valvule cardiaque | <input type="checkbox"/> Pince, clampes, porte-aiguille                                    |
| <input type="checkbox"/> Brosse  | <input type="checkbox"/> Instrument de mesure : gabarit, mesureur (de profondeur, de plaque), règle, compas, introducteur, impacteur, guide   | <input type="checkbox"/> Poignée, râpe   |
| <input type="checkbox"/> Canule  | <input type="checkbox"/> Instrument robotisé  | <input type="checkbox"/> Rongeur, Kerrisons  |
| <input type="checkbox"/> Capteur   | <input type="checkbox"/> Lentille   | <input type="checkbox"/> Spéculum : nasal, vaginal, auriculaire                            |
| <input type="checkbox"/> Ciseau  | <input type="checkbox"/> Lime, fraise, mèche  | <input type="checkbox"/> Succion   |
| <input type="checkbox"/> Clé   | <input type="checkbox"/> Maillet  | <input type="checkbox"/> Tournevis (canule, douille, manche)                               |
| <input type="checkbox"/> Corde, câble, fibre optique, adaptateur pour fibre optique, tuyau de raccordement |   | <input type="checkbox"/> Trocart, robinet, mandrin   |
| <input type="checkbox"/> Coupe-broche, plaque, mèche (instrument de coupe)                                 |   | <input type="checkbox"/> Ustensile : bassin, bol, plateau                                  |
| <input type="checkbox"/> Couteau   |   | <input type="checkbox"/> Autre :   |

 **F. Sonde**

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sonde d'échographie (à usage externe, endocavitaire, peropératoire et transoesophagienne) | <input type="checkbox"/> Doppler |
| <input type="checkbox"/> Sonde pour compteur gamma   | <input type="checkbox"/> Autre : |

 **G. Ensemble de DM**

- |   |                                 |                                  |                                   |
|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contenant rigide | <input type="checkbox"/> Paquet | <input type="checkbox"/> Plateau | <input type="checkbox"/> Pochette |
|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|

 **H. Autre :****Informations complémentaires sur le DM impliqué**

Nom	Modèle	Fabricant ou distributeur
-----	--------	---------------------------

Autres informations

**5 INFORMATIONS SUR LE PRODUIT DE RETRAITEMENT IMPLIQUÉ****N. B. : Veuillez cocher une catégorie du produit de retraitement**

Catégorie du produit de retraitement	Nom du produit	Fabricant ou distributeur	Autres informations
<input type="checkbox"/> Désinfectant			
<input type="checkbox"/> Nettoyant			
<input type="checkbox"/> Stérilisant			
<input type="checkbox"/> Autre :			
<input type="checkbox"/> Aucun			

**6 CAUSE PRINCIPALE****N. B. : Veuillez cocher une seule cause principale** **A. Défectuosité de l'appareil de retraitement ou du DM**

Catégorie de l'appareil ou du DM défectueux	Modèle	Fabricant ou distributeur
A-t-on constaté des problèmes avec cet appareil auparavant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui lesquels?	

 **B. Utilisation d'un matériel médical à usage unique (MMUU) de catégorie critique ou semi-critique retraité par l'établissement**

Nom du MMUU	Modèle	Fabricant ou distributeur
Autres informations		

 **C. Bris dans la chaîne de retraitement du dispositif médical (RDM)****N. B. : Veuillez cocher précisément une seule étape et une seule case par étape** **Prénettoyage**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme à la procédure | <input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant               | <input type="checkbox"/> Rinçage non conforme      |
| <input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié             | <input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant | <input type="checkbox"/> Prénettoyage non conforme |

 **Nettoyage**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Test d'étanchéité non conforme              | <input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit nettoyant | <input type="checkbox"/> Chargement non conforme |
| <input type="checkbox"/> Désassemblage non conforme                  | <input type="checkbox"/> Brosage non conforme                                      | <input type="checkbox"/> Rinçage non conforme    |
| <input type="checkbox"/> Produit nettoyant inapproprié               | <input type="checkbox"/> Cycle du laveur inapproprié                               | <input type="checkbox"/> Nettoyage non conforme  |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit nettoyant |  |  |

 **Désinfection de haut niveau manuelle**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié               | <input type="checkbox"/> Non-respect du temps de contact avec le produit chimique désinfectant | <input type="checkbox"/> Rinçage final non conforme                        |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant | <input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique   | <input type="checkbox"/> Désinfection de haut niveau manuelle non conforme |

 **Désinfection de haut niveau automatique**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Produit chimique désinfectant inapproprié               | <input type="checkbox"/> Chargement non conforme       | <input type="checkbox"/> Problème de contrôle mécanique      |
| <input type="checkbox"/> Mauvaise concentration du produit chimique désinfectant | <input type="checkbox"/> Cycle non conforme            | <input type="checkbox"/> Problème de contrôle physique       |
|  | <input type="checkbox"/> Problème de contrôle chimique | <input type="checkbox"/> Procédé de désinfection inapproprié |

 **Séchage**

- Séchage non conforme

 **Assemblage**

- Intégrité déficiente du DM  DM manquant, sans identification sur l'emballage  Assemblage du plateau non conforme

 **Emballage**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problème d'intégrité de l'emballage    | <input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique interne |
| <input type="checkbox"/> Problème d'indicateur chimique externe | <input type="checkbox"/> Emballage non conforme                 |

 **Étiquetage**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Absence d'identification | <input type="checkbox"/> Identification non conforme |
|---|--|

**6 CAUSE PRINCIPALE (suite)** **Stérilisation** Utilisation de la stérilisation d'urgence (*flash*) Procédé de stérilisation inapproprié Cycle de stérilisation inapproprié Chargement non conforme Problème de contrôle physique Problème de contrôle mécanique Problème de contrôle biologique Problème de contrôle chimique Déchargement inapproprié Aération non conforme de l'oxyde d'éthylène (O. E.) Quarantaine biologique non respectée Stérilisation non conforme **Entreposage** Lieu d'entreposage inapproprié Non-respect de la rotation du DM Entreposage non conforme **Transport** Transport interne non conforme Transport externe non conforme **Manutention** Manutention du DM retraité non conforme **D. Problème lié à l'environnement** Eau non conforme Humidité non conforme Pression différentielle relative aux locaux non conforme Température non conforme Vapeur non conforme Vermines et insectes **E. Non disponibilité du DM/DE** Coordination du RDM à la programmation opératoire non respectée Inventaire insuffisant Délai de livraison du DM emprunté non respecté Retraitement non effectué **F. Inconnue****7 CAUSE(S) ASSOCIÉE(S)****N. B. : Veuillez cocher les causes associées liées à la cause principale de la survenue de l'événement** **A. Cause(s) liée(s) à l'organisation du travail** Lacune de communication Lacune de procédures, de politiques, de protocoles Personnel insuffisant Lacune de disponibilité de l'appareil, du DM ou d'une immobilisation Lacune de programmation Personnel non qualifié Lacune de formation Lacune de registres Autre(s) : Lacune d'organisation de services Lacune de supervision, d'encadrement **B. Cause(s) liée(s) à l'environnement** Bris de canalisation Hygiène, salubrité Défectuosité de l'appareil Bris de ventilation Entretien inadéquat d'un appareil, d'une immobilisation Panne électrique Aménagement des locaux Autre(s) : **C. Cause(s) liée(s) à un fournisseur :** **D. Autre(s) type(s) de causes :** **E. Aucune cause associée connue**

N° de l'événement	
-------------------	--

N° du formulaire de la déclaration	
------------------------------------	--

**8 INFORMATIONS ADDITIONNELLES RELATIVES À L'ACCIDENT**

Système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cet accident implique-t-il d'autre(s) usager(s)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nombre d'autre(s) usager(s) exposé(s)	Date d'exposition du premier autre usager	Année Mois Jour	Nombre d'autre(s) usager(s) retrouvé(s)
Tests de dépistage à la suite de l'accident : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nombre d'usagers testés	Nombre de tests positifs
Virus hématogènes	<input type="checkbox"/> VIH		
	<input type="checkbox"/> VHC		
	<input type="checkbox"/> VHB		
Autre(s) agent(s) pathogène(s)			

**9 CONSÉQUENCES**

**A. Conséquences sur l'usager :**  Oui  Non

**N. B. : Un incident ou un accident de gravité C ou D ne sont pas supposés avoir de conséquences sur l'usager**

Décès

Conséquences physiques :

Brûlures  Risque d'infection

Infection :  Œdème

Virale  Rougeur

Bactérienne  Autre(s) :

Fongique

Conséquences sociales :

Autre(s) conséquence(s) sur l'usager :

Conséquences psychologiques :

Anxiété

Autre(s) :

Conséquences financières :

**B. Conséquences sur l'établissement :**  Oui  Non

Conséquences matérielles ou financières :

Achat de nouveaux matériels  Réparation

Évaluation  Diminution de productivité

Indemnisation  Perte de temps opératoire

Conséquences médiatiques

Autre(s) :

Conséquences sociales :

Absentéisme

Démotivation du personnel

Grève du personnel

**10 MESURES PRISES**

**A. Mesures relatives à l'usager :**  Oui  Non

**N. B. : Un incident ou un accident de gravité C n'impliquent pas des mesures relatives à l'usager**

Mesure de suivi clinique

Antibiothérapie  Imagerie médicale demandée  Surveillance médicale supplémentaire

Médecin avisé  Suivi sérologique de l'usager  Autre :

Soins ou mesures de soutien proposés à l'usager pour contrer ou atténuer les conséquences

Soin ou mesure de soutien	Retenu	Non Retenu	Personne responsable du suivi : nom, prénom	N° de permis	Fonction

N° de l'événement	
-------------------	--

N° du formulaire de la déclaration	
------------------------------------	--

**10 MESURES PRISES (suite)**

Mesures de soutien proposées pour venir en aide aux proches de l'utilisateur qui sont touchés par les conséquences de l'événement

Mesure de soutien	Retenue	Non Retenue	Personne responsable du suivi : nom, prénom	Fonction	Personne visée par la mesure : nom, prénom	N° de permis	Lien avec l'utilisateur

**B. Divulgaration à l'utilisateur :**  Oui  Non

**N. B. : La divulgation à l'utilisateur est obligatoire en cas d'accident de gravité D à I**

Documentation :  Au dossier  Sur le rapport de divulgation

Personnes à qui est faite la divulgation :  Usager  Parents proches  Représentant légal  Autre

Nombre d'autre(s) usager(s) informé(s) : \_\_\_\_\_

Nom, prénom de la personne qui a fait la divulgation : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_

**C. Rappel du DM impliqué :**  Oui  Non

**D. Mesures correctives afin de prévenir la récurrence de l'événement :**  Oui  Non

<input type="checkbox"/> Affecter du personnel qualifié	<input type="checkbox"/> Cesser l'utilisation du DM impliqué dans l'événement	<input type="checkbox"/> Former le personnel
<input type="checkbox"/> Assurer l'entretien adéquat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation	<input type="checkbox"/> Contacter l'entreprise fabricante ou distributrice	<input type="checkbox"/> Procéder à l'achat de l'appareil, du DM ou de l'immobilisation
<input type="checkbox"/> Avoir un système de traçabilité fonctionnel du DM impliqué	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour une politique, une procédure ou un protocole	<input type="checkbox"/> Réparer l'appareil, le DM ou l'immobilisation
<input type="checkbox"/> Cesser le retraitement du matériel médical à usage unique à l'échelle de l'établissement	<input type="checkbox"/> Élaborer ou mettre à jour un registre	<input type="checkbox"/> Revoir l'organisation du service
		<input type="checkbox"/> Autre :

**E. Événement signalé :**  Oui  Non

<input type="checkbox"/> CERDM/INSPQ	<input type="checkbox"/> Gestion des risques	<input type="checkbox"/> Superviseur, supérieur immédiat
<input type="checkbox"/> Prévention et contrôle des infections (PCI)	<input type="checkbox"/> Installations matérielles	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Génie biomédical	<input type="checkbox"/> Santé Canada	

**11 SIGNALEMENT À L'ASSUREUR**  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_

Personne-ressource, contact, assurances : \_\_\_\_\_

**12 ÉVÉNEMENT SENTINELLE**  Oui  Non

**13 AVIS AU CORONER**  Date : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_

**14 RESPONSABLE DE L'ANALYSE** Signature : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_

Date de saisie : \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_

Il est important de vous référer au guide d'utilisateurs pour remplir le formulaire RARDM.