



Formulaire de déclaration de bris d'une EBMD  
Formulair de déclaration de bris d'une EBMD

### Identification du déclarant

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_

Numéro d'employé: \_\_\_\_\_

Date de la déclaration: 20 \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Nom de l'unité ou clinique concernée : \_\_\_\_\_ Local : \_\_\_\_\_

Type d'appareil :  ABL  Chloridomètre  Coagucheck  Réfractomètre  Gastrolyzer (Intolérance au lactose)  
 Glucomètre  Hemochron  HemoCue  ePOC  Autre : \_\_\_\_\_

Modèle : \_\_\_\_\_ # Inventaire (# noir du GBM) : \_\_\_\_\_

Date et heure de l'évènement : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Description du problème : \_\_\_\_\_

Avez-vous avisé l'assistante-chef des EBMD (Tél. 6224)?  OUI  
 NON

Raison du problème :  Connu, préciser : \_\_\_\_\_  
 Inconnu

Qu'avez-vous fait en remplacement (solution utilisée en backup)?

Avez-vous rempli un Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223)?  OUI, préciser le numéro : \_\_\_\_\_  
 NON

Avez-vous rempli un bon de travail Sernegy?  OUI, préciser le numéro : \_\_\_\_\_  
 NON

Signature du déclarant : \_\_\_\_\_

**Transmettre le formulaire complété à l'attention de :**  
**Assistante-chef des EBMD, local 8906 ou par courriel : [adb.d.hsj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:adb.d.hsj@ssss.gouv.qc.ca)**

### Section réservée à l'assistante-chef des EBMD

Formulaire reçu le : \_\_\_\_\_

Résolution du problème / action prise : \_\_\_\_\_

# accès SIL de la déclaration : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date de résolution : \_\_\_\_\_