

PERSONNE DECLARANTE
PERSONNE AYANT "SUBI" L'EVENEMENT

Nom / Prénom (facultatif) :

Fonction :

Service :

 Patient

 Personnel

 Visiteur

 Stagiaire

Prénom :

Nom :

EVENEMENT

Date :

Heure :

Lieu :

DECLARATION

Date :

Heure :

L'EVENEMENT EST LIE A (Sélectionnez la (ou les) case(s) qui décrit(vent) le mieux la situation)

Actes / soins (A) <input type="checkbox"/> Retard d'exécution ou de visite <input type="checkbox"/> Absence de prise en charge - douleur <input type="checkbox"/> Défaut de prescription <input type="checkbox"/> Défaut de surveillance <input type="checkbox"/> Soins non conforme prescription <input type="checkbox"/> Hémovigilance <input type="checkbox"/> Défaut d'encadrement (stagiaire) <input type="checkbox"/> Autre _____	Dossier patient (B) <input type="checkbox"/> Mauvaise tenue <input type="checkbox"/> Incomplet <input type="checkbox"/> Erreur identification patient <input type="checkbox"/> Dossier anesthésie défaillant <input type="checkbox"/> Autre _____	Transport patient (C) <input type="checkbox"/> Par ambulances <input type="checkbox"/> Brancardage en interne <input type="checkbox"/> Autre _____	Médicaments / Pharmacie (N) <input type="checkbox"/> Commande (tardive, erronée...) <input type="checkbox"/> Problème lié à la distribution / dispensation <input type="checkbox"/> Problème lié à l'administration <input type="checkbox"/> Problème de traçabilité <input type="checkbox"/> Autre _____
Evènement iatrogène (D) <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Escarre <input type="checkbox"/> Brûlure, coupure <input type="checkbox"/> Exposition à un rayonnement <input type="checkbox"/> Exposition à un agent bactériologique <input type="checkbox"/> Autre _____	Examen biologique (E) <input type="checkbox"/> Prélèvement non-conforme (non identification...) <input type="checkbox"/> Absence de renseignements cliniques <input type="checkbox"/> Retour d'examen tardif <input type="checkbox"/> Autre _____	Stérilisation (O) <input type="checkbox"/> Bon de livraison non-conforme (identification panier, horaires...) <input type="checkbox"/> Pré désinfection non-conforme <input type="checkbox"/> Problème sur panier <input type="checkbox"/> Perte d'instrument <input type="checkbox"/> Objet coupant resté dans panier <input type="checkbox"/> Autre _____	
Matériel, dispositif médical (G) (Cochez case à gauche puis case à droite)		Prestataires (H) <input type="checkbox"/> Défaillance bio nettoyage <input type="checkbox"/> Défaillance prestation repas <input type="checkbox"/> Repas manquant ou NC Nb : _____ <input type="checkbox"/> Rupture de stocks linge <input type="checkbox"/> Linge taché ou déchiré <input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Appareils biomédical <input type="checkbox"/> Appareils de rééducation <input type="checkbox"/> Dispositifs médicaux <input type="checkbox"/> Lits médicalisés <input type="checkbox"/> Mobilier de ch. (téléphone...) <input type="checkbox"/> Appareils techniques <input type="checkbox"/> Informatique (Actipidos, QSP...) <input type="checkbox"/> Ascenseurs <input type="checkbox"/> Appel malade <input type="checkbox"/> Locaux <input type="checkbox"/> Autre _____		Infektions Nosocomiales (F) <input type="checkbox"/> Non signalement d'un patient infecté <input type="checkbox"/> Défaut d'un isolement (septique ou protecteur) <input type="checkbox"/> Infections nosocomiales acquises dans le service <input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Etiquetage incorrect <input type="checkbox"/> Effet indésirable <input type="checkbox"/> Utilisation inadaptée <input type="checkbox"/> Matériel inadapté <input type="checkbox"/> Rupture de stocks <input type="checkbox"/> Dégradation <input type="checkbox"/> Réparation non faite <input type="checkbox"/> En panne <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/> Disparition <input type="checkbox"/> Insuffisant		Examen radiologique (I) <input type="checkbox"/> Demande non conforme ou incomplète <input type="checkbox"/> Attente patient <input type="checkbox"/> Problème en retour de radio <input type="checkbox"/> Absence de renseignements cliniques <input type="checkbox"/> Autre _____	
Comportement non conforme (K) <input type="checkbox"/> Comportement non respectueux <input type="checkbox"/> Vols, agressions physiques... <input type="checkbox"/> Actes de malveillance (dégradation des locaux, matériels...) <input type="checkbox"/> Autre _____		Communication / relation (patients, intervenants...) (J) <input type="checkbox"/> Non respect intimité/confid./dignité <input type="checkbox"/> Défaut accueil/prise en charge patient <input type="checkbox"/> Conflit famille <input type="checkbox"/> Réclamations patient <input type="checkbox"/> Indisponibilité praticien ou cadre <input type="checkbox"/> Autre _____	
Environnement / vie hospitalière / sécurité des biens et des personnes (L) <input type="checkbox"/> Electricité <input type="checkbox"/> Incendie <input type="checkbox"/> Inondation <input type="checkbox"/> Gaz, fluides <input type="checkbox"/> Déchets <input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Accès véhicule, parking <input type="checkbox"/> Aménagements pour handicapés <input type="checkbox"/> Nuisance olfactive <input type="checkbox"/> Nuisance sonore <input type="checkbox"/> Accès, circulation dans l'établissement	
Bloc opératoire (M) <input type="checkbox"/> Défaut préparation bloc <input type="checkbox"/> Problème en retour de bloc <input type="checkbox"/> Erreur saisie Time Wise <input type="checkbox"/> Problème lié à la programmation <input type="checkbox"/> Evènement indésirable médical <input type="checkbox"/> Autre _____			

DESCRIPTION DES FAITS:

Gravité estimée par le déclarant :

 Bénin (sans impact pour le patient et/ou agent et ou leurs biens)
 Ex : Patient mal orienté, mobilier de chambre défaillant

 Modérée (gêne pour le patient, l'agent et ou leurs biens)
 Ex : Insatisfaction patient (attente, repas non-conforme...)

 Grave (csqce majeure pour le patient, l'agent et ou leurs biens sans mettre en cause leur sécurité)
 ex : report d'intervention, non prise en charge de la douleur

 Très grave (mise en danger de la sécurité du patient, l'agent et ou leurs biens)
 ex : erreur de côté, infection nosocomiale, chute...

Mesures immédiates prises :

 Si EI très grave, signalement à un cadre ? Oui Non

Si Oui, Nom de la personne _____

Si Non, motif _____

Le signalement immédiat à votre responsable est obligatoire concernant les évènements "très graves"
Mesures immédiates prises

Qu'avez-vous fait ?

Visa (facultatif)