

Personne déclarante

Nom et prénom :

Fonction :

Secteur :

Evènement :

Date : (jj/mm/aaaa)

Heure : (hh:mm)

Lieu :

Concerne un patient : Oui Non

Établissement/service concerné(s) :

Prestataire (nom et prénom/société)

L'évènement concerne :

- La prise en charge médicamenteuse et des DM
- Le parcours du patient
- Le dossier patient et identitovigilance
- La gestion du risque infectieux (AES, protocole d'hygiène...)
- La prise en charge de la douleur
- La prise en charge d'un patient en fin de vie
- Les droits des usagers
- La logistique (équipements, véhicules, fournitures...)
- Le système d'information (matériel informatique, connexions logiciels, téléphonie...)
- La gestion des ressources humaines

Description de l'évènement

Décrivez ce qu'il s'est passé de manière chronologique et précise

Actions immédiatement entreprises et solutions proposées

Décrivez ce que vous avez fait pour pallier immédiatement au problème et ce que vous proposez pour éviter que cela ne se reproduise.

Causes possibles de l'événement

D'après-vous, quels sont les facteurs à l'origine de cet événement ?

Estimation de la gravité :

- 1- Mineure
- 2- Modérée
- 3- Grave
- 4- Critique
- 5- Catastrophique

Estimation de la fréquence :

- 1- Exceptionnelle (Moins d'une fois par an)
- 2- Rare (1 à 3 fois par an)
- 3- Peu fréquent (au moins une fois par trimestre)
- 4- Fréquent (au moins une fois par mois)
- 5- Très fréquent (au moins une fois par semaine)

Actions correctives et compléments d'informations

Quelles actions ont été menées suite à cette déclaration ?

Quelles actions restent encore à réaliser ?

Souhaitez-vous apporter des informations à cette déclaration ?

Alerter le déclarant : Oui Non