

EVENEMENTS INDESIRABLES

Mode d'emploi

Vous le savez peut-être, nous mettons à votre disposition une fiche de signalement des évènements indésirables (concernant les soins, l'hôtellerie, l'accueil, etc.).

Vous pouvez la renseigner en votre nom propre ou de la part de votre parent ou proche accueilli dans l'établissement.

Elle constitue un outil intéressant pour constater des défaillances et envisager des améliorations.

Elle est à votre disposition à l'accueil, ou auprès des professionnels.

Quand vous l'avez remplie, vous pouvez la déposer dans la boîte aux lettres prévue à cet effet, et situé auprès du bureau Direction. Elle est relevée toutes les semaines par l'infirmière référente.

Le directeur

Morgane LE COCQ

EVENEMENTS INDESIRABLES

Informations concernant le déclarant

Déclarant	
Nom	Fonction/Service
Prénom	Famille de Mr ou Mme :

Contexte de l'évènement

Personnes concernées	Incident	Localisation
Résident <input type="checkbox"/>	Date	Service
Visiteur <input type="checkbox"/>		
Professionnel <input type="checkbox"/>	Heure	Lieu
Autres <input type="checkbox"/>		

Anomalie constatée : Cocher la case correspondante

Prise en charge Résident	Logistique / Fournisseur	Communication / Organisation
Matériel inadapté au patient	Hygiène des locaux	Secret Professionnel / médical
Perte et/ou casse d'objets appartenant au résident	Circuit du linge	Communication en Interne
Infections associés aux soins (IAS)	Circuit des repas	Communication avec l'extérieur
Circuit du médicament	Circuit des déchets	Glissement de tâches
Absence de prescription	Prestataire extérieur / fournisseur	
Non disponibilité du traitement	Intervenants extérieurs	
Rupture d'approvisionnement	Parcours Résident : Sanitaire ↔ EHPAD	
Erreur d'identité (Identitovigilance)	Non transmission de l'information sur une infection du résident	Problème de transport
Nourriture périmée/défaut de conservation	Non transmission d'information sur le régime alimentaire du résident	Manque de disponibilité de lits
Intoxication (alimentaire...)	Perte de matériel médical	Absence/ perte du dossier médical
Non respect de la prescription (régime, texture modifiée, allergies, contentions...)	Non disponibilité du matériel	Absence/perte des documents de liaisons
Fausse route	Retard de prise en charge	Problème lié au système d'information (interface logiciel)
Refus de soins	Annulation de rendez-vous	Non transmission du diagnostic
Intervention tardive secours	Absence de transmissions, d'informations sur le traitement, entre établissements	Non transmission d'informations, données médicales ou para médicales pour la prise en soin du résident.
Environnement proche	Oubli du traitement par le résident	<u>Autres</u> , précisez :

Violence / Comportement	Matériel/Produit/Sécurité des locaux	Sécurité de la personne / blessure
Agression / Violence	Défaut de qualité	Accident du travail (implique de faire une déclaration spécifique auprès du secrétariat sous les 48 heures)
Sortie à l'insu du service/ errance (fugue)	Panne (électrique, matériel...)	Accident d'exposition au sang (AES)
Dégradation	Panne informatique	Electrisation / électrocution
Rôdeur, bruit suspect	Risque ou départ d'incendie	Empoisonnement / exposition à des toxiques
Tentative de suicide/suicide	Dégât des eaux	
	Nuisible	
	Disparition / vol	
	Défaut d'utilisation des produits	
	Sécurisation des locaux	

Afin de garantir le respect de la vie privée, merci de ne pas indiquer le nom des personnes concernées par cette déclaration d'évènement indésirable. Le contenu de vos fiches de déclaration ne doit pas faire apparaître de données à caractère personnel ou des données personnelles de santé conformément aux recommandations de bonnes pratiques en matière de gestion des risques.

EVENEMENT

Description des faits

Conséquence

Mesures immédiates prises :

DATE

SIGNATURE

Estimez la gravité

- 1 Mineur (conséquence mineure **sans** préjudice)
- 2 Significative (incident mineur **avec** préjudice temporaire, mise en place de solution dégradée)
- 3 Majeur (incident avec impact à long terme, mission réalisée partiellement)
- 4 Critique (conséquence grave, mission non réalisée)
- 5 Catastrophique (impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens, ou de l'établissement)

Estimez la fréquence

- 1 Jamais vu auparavant
- 2 se produit 1/an
- 3 se produit 1/mois
- 4 se produit 1/semaine
- 5 se produit 1/jour

TRAITER LA DECLARATION (réservé à l'établissement)

ACTIONS CURATIVES	COMMENTAIRES

CONCLUSION

Déclarations obligatoires		Rétro-information	
OUI		Transmise au déclarant	
NON			
	Autorités (préciser)	Non transmise au déclarant	



COUPON REPONSE

Nom Prénom :
Souhaite une réponse

par mail : _____ (votre adresse)

sous enveloppe nominative (déposé dans la chambre du résident)

REPONSE (à remplir par la Direction)

Date et signature

Infirmière référente et/ou Directeur