Déclaration d’évènements indésirables

|  |  |
| --- | --- |
| Date : |  |
| Lieu de la déclaration : |  |

**Information sur le déclarant :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Service : |  |
| Poste : |  |

**Contexte :**

|  |  |
| --- | --- |
| Personnes concernées : | * Famille
* Professionnels
* Résident
* Visiteur
* Autre
 |
| Date et heure : |  |
| Etablissement : |  |
| Service : |  |
| Précisions sur le lieu : |  |

**Type d’évènement :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prise en charge du patient / résident**€ Adaptation du matériel€ Précautions sanitaires€ Risques liés aux soins€ Refus de traitement€ Gestion des médicaments€ Conservation des aliments€ Risques alimentaires€ Accidents de déglutition€ Chutes | **Logistique et Fournisseurs**€ Propreté et hygiène€ Gestion du linge et des repas€ Gestion des déchets€ Relations avec les prestataires externes |
| **Communication et Organisation**€ Confidentialité et secret professionnel€ Communication entre services€ Communication interne et externe€ Clarification des rôles et responsabilités | **Comportements à Risques** € Agressions et violences€ Fuites ou errances des patients€ Conformité professionnelle et rigueur€ Dégradations et actes malveillants€ Présence non autorisée, bruits suspects€ Comportements suicidaires |
| **Sécurité et Environnement**€ Qualité et conformité des équipements€ Dysfonctionnements techniques€ Risques d’incendie€ Incidents liés à l’eau€ Problèmes de nuisibles€ Vols et disparitions | **Sécurité et Santé de la Personne**€ Accidents de travail€ Exposition au sang€ Risques électriques€ Exposition aux toxiques |

**Description de l’évènement :**

|  |
| --- |
| Faits : |

|  |
| --- |
| Impact sur le service |

|  |
| --- |
| Mesures prises |

Signature :