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 :