

FICHE DE SIGNALEMENT D'ÉVÈNEMENT

Identification du déclarant :

Fonction :

Personnes concernées (famille, patient/résident, personnel, professionnel, visiteur, autres) :

Etablissement / Service :

Date / Heure et lieu de survenue de l'évènement :

N° d'Identification Permanent du Patient :

Typologies :

PARCOURS

- ☐ Coordination
- ☐ Continuité des soins
- ☐ Sécurité des biens et des personnes
- ☐ Sécurité des soins (risques infectieux)
- ☐ Réclamation orale ou écrite
- ☐ Plainte

LOGISTIQUE

- ☐ Matériel médical
- ☐ Dispositifs médicaux
- ☐ Déchets

MEDICAMENTS

- ☐ Prescription
- ☐ Dispensation
- ☐ Administration
- ☐ Autres

SYSTEME D'INFORMATION

- ☐ Identitovigilance
- ☐ Outils informatiques
- ☐ Dysfonctionnements logiciels
- ☐ Dossier patient

RELATION

- ☐ Situation conflictuelle
- ☐ Suspicion maltraitance

AUTRES

- ☐ Autres

Détails de l'évènement :

Evènement fréquent : ☐ OUI

☐ NON

Evènement grave : ☐ OUI

☐ NON

.....

.....

.....

Conséquences constatées :

.....

.....

Actions correctives immédiates :

.....

.....