

« Signaler, c'est protéger »

L'expertise des soins complexes
et coordonnés à domicile

<p>Pourquoi déclarer ? Prévenir et maîtriser les risques.</p> <p>Qui doit déclarer ? Toute personne confrontée à une situation indésirable.</p>	<p>Quoi déclarer ? Tout événement présentant un risque pour le patient, l'entourage, le personnel ou l'établissement.</p> <p>Comment déclarer ? Renseigner de façon exhaustive la fiche.</p>
---	--

<p>Événement (*)</p> <p>Date :</p> <p>Heure :</p> <p>Lieu : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Extérieur <input type="checkbox"/> Structure HAD</p>	<p>Rédacteur (*) Nom Prénom :</p> <p>Fonction ou lien de parenté : Patient/Entourage – Partenaire extérieur – Pers. HAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L'événement concerne (*) Patient/Entourage – Partenaire extérieur – Pers. HAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nom/Organisme :</p> <p>Autre (à préciser) :</p>	<p>Nom de l'établissement (*)</p> <p>Identité patient (*)</p> <p style="text-align: center;">Coller étiquette patient</p>
--	---	---

(*) : Item à compléter obligatoirement

Choisir le domaine

Puis préciser votre choix par une rubrique

<input type="checkbox"/> Activités médicales & de soins	<input type="checkbox"/> Organisation des soins & relation avec le patient	<input type="checkbox"/> Aspects environnementaux	<input type="checkbox"/> Vigilances
<input type="checkbox"/> Dommage associé aux soins (Extravasation, escarres, lymphangite, troubles de la déglutition ...)	<input type="checkbox"/> Droits du patient (Maltraitance, dossier patient, consentement, non-respect de la confidentialité, intimité, volonté ...)	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement logistique (Retard de livraison de matériel réalisée par les prestataires externes et/ou internes)	<input type="checkbox"/> Pharmacovigilance (effet indésirable ou risque d'effet indésirable dû à un médicament)
<input type="checkbox"/> Complications médicale inattendue (Décès inattendu, ré-hospitalisation inattendue, aggravation imprévue de l'état de santé due à un examen médical ...)	Difficultés liées : <input type="checkbox"/> à l'admission <input type="checkbox"/> à la coordination <input type="checkbox"/> à l'hospitalisation <input type="checkbox"/> au transfert, relais	<input type="checkbox"/> Panne ou perte de matériel <input type="checkbox"/> Dégradation du matériel HAD ou matériel au domicile du patient (de façon non intentionnelle...)	<input type="checkbox"/> Matéiovigilance (incident ou risque d'incident du à un dispositif médical défectueux)
<input type="checkbox"/> Prise en charge de la douleur (douleur persistante à un traitement antalgique, interruption de traitement antalgique par dysfonctionnement technique ...)	<input type="checkbox"/> Transport externe de patient (Retard de la société de transport, accident durant le transport des patients en ambulance)	<input type="checkbox"/> Malveillance (vol, dégradation de véhicule, téléphone portable, matériel médical et informatique, équipement et locaux ...)	<input type="checkbox"/> Infectiovigilance (prévention ou déclaration d'une infection associée aux soins)
	<input type="checkbox"/> Report d'actes (soin programmé non réalisé, un HDJ ou une CS déprogrammée ...)	<input type="checkbox"/> Agression (envers les professionnels, le patient ou l'entourage ...)	<input type="checkbox"/> Réactovigilance (incident ou risque d'incident relatif à un dispositif médical de diagnostic in vitro)
<input type="checkbox"/> Perte ou bris de prothèse du patient (auditive, dentaire, etc...)	<input type="checkbox"/> Chute de patient <input type="checkbox"/> Fugue de patient <input type="checkbox"/> Patient égaré	<input type="checkbox"/> Etat des locaux (Salubrité des locaux inadaptée, Maintenance de l'établissement ou chez le patient inadaptée à l'activité d'HAD)	<input type="checkbox"/> Nutriciovigilance (effet indésirable ou risque d'effet indésirable lié à la consommation d'un complément alimentaire ou d'un aliment)
		<input type="checkbox"/> Système d'Informations (Dysfonctionnement AntHADine, téléphonie, ordinateur, session ...)	<input type="checkbox"/> Identitovigilance (erreur ou risque d'erreur relatif à l'identité d'un patient)
		<input type="checkbox"/> Difficultés liées à l'organisation interne à l'entreprise (perte d'information, manque d'outil, retard de paiement...)	

DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE (*)

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

PREMIÈRES PERSONNES INFORMÉES (*)

- Personnel HAD :
- Partenaire/Prestataire :
- Patient/Entourage :
- Autres :

CAUSES POSSIBLES DE L'ÉVÉNEMENT

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

ACTIONS IMMÉDIATEMENT ENTREPRISES (*)

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

ESTIMATION DE LA GRAVITE (*)

- 1-Mineure 2-Significative 3-Majeure 4-Critique 5-catastrophique
-

	1	2	3	4	5
	Mineure	Significative	Majeure	Critique	Catastrophique
Patient / Personnel	Sans effet sur l'état moral et physique Accident du travail sans arrêt...	Manque de confort, gêne légère ou transitoire sans atteinte sur la santé Atteinte superficielle Sentiment d'insécurité Arrêt de travail < 21 jours	Impact sur la santé prolongeant la durée d'hospitalisation Dommage corporel sans séquelle Arrêt de travail entre 21 et 90 jours	Aggravation de l'état de santé avec effet réversible ou incapacité partielle permanente Engagement du pronostic vital Arrêt de travail > 90 jours	Décès, effet irréversible sur la santé, invalidité permanente
Organisation	Sans effet sur les processus, la poursuite de l'activité, la sécurité	Effet ne remettant pas en cause le fonctionnement du processus Modification de la prise en charge sans conséquence	Fonctionnement du processus perturbé : indisponibilité des ressources, des équipements, ... sans conséquence sécuritaire	Arrêt temporaire de l'activité, fermeture partielle Remise en cause du fonctionnement du processus Dégradation de la sécurité	Arrêt prolongé de l'activité, fermeture de l'établissement

Merci de bien vouloir transmettre cette fiche dûment remplie à l'établissement d'HAD, ou en la remettant directement à un personnel de l'HAD

Le responsable d'établissement étudiera ce signalement en lien avec la cellule qualité et vous fera un retour dans les plus brefs délais.