

Fiche de signalement d'évènements indésirables

1. Personne déclarante		2. Personne concernée	
Nom : Prénom : Fonction : Date de la déclaration :		<input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Entourage patient <input type="checkbox"/> Structure Nom : Prénom : N° de dossier :	
3. Date, heure, lieu de l'évènement indésirable			
Date :Heure : Lieu : Cet évènement est déjà survenu à votre connaissance <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
4. Nature de l'évènement indésirable et préciser le type d'incident			
Prise en charge médicamenteuse		Gestion des équipements et produits au domicile	
<input type="checkbox"/> Défaut ou absence de prescription <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de dispensation <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de livraison <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de commande <input type="checkbox"/> Défaut ou absence d'administration <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de gestion de stock au domicile <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de gestion de stock interne <input type="checkbox"/> Dysfonctionnement à l'étape de préparation programmation <input type="checkbox"/> Défaut de retrait de traitements <input type="checkbox"/> Evènement au cours du processus transfusionnel <input type="checkbox"/> Effets indésirables receveurs ou IG <input type="checkbox"/> Effets indésirables Autres :		<input type="checkbox"/> Rupture ou défaut de gestion de stock <input type="checkbox"/> Panne ou dysfonctionnement <input type="checkbox"/> Manipulation inadéquate du matériel <input type="checkbox"/> Défaut d'entretien ou nettoyage <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de déclaration ERDF <input type="checkbox"/> Défaut de respect des procédures de gestion <input type="checkbox"/> Défaut de retrait du matériel après sortie <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de livraison Autres :	
Parcours du patient		Identito-vigilance	
<input type="checkbox"/> Défaut ou absence de coordination infirmière <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de coordination médicale <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de suivi psychologique <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de suivi social <input type="checkbox"/> Elément en faveur d'un risque suicidaire <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de PEC en rééducation <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de PEC nutritionnels <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de gestion de sortie <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de transmissions <input type="checkbox"/> Transport Autres :		<input type="checkbox"/> Erreur d'identito-vigilance <input type="checkbox"/> Non-respect de la procédure <input type="checkbox"/> Doubleton / Collision <input type="checkbox"/> Enregistrement ou rangement du document dans le mauvais dossier <input type="checkbox"/> Discordance INS / CNI <input type="checkbox"/> Absence de document d'identité à haut niveau de confiance <input type="checkbox"/> Autres :	
Droit des patients		Douleur	
<input type="checkbox"/> Suspicion de maltraitance <input type="checkbox"/> Défaut de respect de la confidentialité <input type="checkbox"/> Défaut de respect de la dignité/ intimité <input type="checkbox"/> Absence ou défaut de prescription de contention <input type="checkbox"/> Défaut d'information du patient ou de l'entourage <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de respect des droits du patient <input type="checkbox"/> Risque de plainte <input type="checkbox"/> Violation des données personnelles (RGPD) Autres :		<input type="checkbox"/> Défaut ou absence d'évaluation/ réévaluation <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de traçabilité <input type="checkbox"/> Absence ou inadéquation de la PEC Autres :	
Dossier patient		Gestion du système d'information	
<input type="checkbox"/> Non-respect des règles de tenue <input type="checkbox"/> Non-respect des règles de classement <input type="checkbox"/> Non-respect des règles d'archivage <input type="checkbox"/> Perte de dossier <input type="checkbox"/> Perte de données informatiques Autres :		<input type="checkbox"/> Erreur de manipulation du système <input type="checkbox"/> Hameçonnage <input type="checkbox"/> Coupure réseau <input type="checkbox"/> Défaut ou absence d'utilisation du système sécurisé <input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation de la GED Autres :	
		Risque infectieux	
		<input type="checkbox"/> Défaut ou absence de PEC des infections <input type="checkbox"/> Non-respect des procédures et CAT <input type="checkbox"/> Défaut ou absence d'information <input type="checkbox"/> Défaut ou absence de retrait des DASRI <input type="checkbox"/> Suspension d'infection <input type="checkbox"/> Infection nosocomiale <input type="checkbox"/> AES Autres :	
		Sécurité/ Matériel	
		<input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> AVP du personnel <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Blessure <input type="checkbox"/> Panne ou dysfonctionnement du matériel Autres :	

Fiche de signalement d'évènements indésirables

Fiche de signalement d'évènements indésirables

5. Commentaires : (soyez bref et concis)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Proposition d'actions à mettre en œuvre

Avez-vous pu mettre en place une action corrective ? oui non

Si oui, laquelle :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7- Fréquence/Gravité

Merci de remplir à titre indicatif le tableau ci-dessous, dans tous les cas le gestionnaire des risques évaluera la fréquence/gravité

Fréquence	Gravité				
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					

Fréquence :

- 1= rare (-1 fois/an)
 2= Peu probable (1/semestre)
 3 = Probable (1/ trimestre)
 4= Fort probable (1/mois)
 5= Très probable à certain (1/semaine et +)

Gravité :

- 1= Effet négligeable sur la réalisation de la mission
 2= Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée)
 (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)
 3= Impact sur la performance de la mission (échec de la mission)
 4= Impact REVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de

l'établissement (échec de la mission)

5= Impact IRREVERSIBLE sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement (échec de la mission)

8- Décision

Date de traitement :

Fiche de signalement d'évènements indésirables

QU'EST-CE QU'UN EVENEMENT INDESIRABLE ?

Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non-qualité, pour les patients, leur entourage, les professionnels ou les biens.

POURQUOI REMPLIR UNE FICHE ?

Le recueil des fiches permet d'identifier, d'analyser, d'établir une cartographie des risques afin de réduire au maximum les risques inhérents à notre établissement. A partir de l'analyse des événements signalés, des actions permettant de corriger les dysfonctionnements et de prévenir la réalisation du risque seront mises en place.

COMMENT REMPLIR LA FICHE D'EVÈNEMENTS INDÉSIRABLES ?**1. PERSONNE DECLARANTE**

Cette rubrique doit être remplie afin de pouvoir joindre le déclarant pour obtenir des renseignements complémentaires. Les fiches sont conservées pendant la durée d'instruction du signalement ; elles sont ensuite anonymisées.

2. PERSONNE CONCERNEE

Cette rubrique permet d'identifier rapidement la personne (« victime ») concernée par l'événement indésirable. S'il s'agit d'un patient, son étiquette d'identification peut être collée.

3. DATE, HEURE ET LIEU DE L'INCIDENT

Ces indications doivent être aussi précises que possible.

Si elle est connue, l'heure précise est indiquée, sinon une fourchette est donnée

Le lieu à indiquer est celui où l'incident a eu lieu.

4. NATURE DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE ET PRÉCISER LE TYPE D'INCIDENT

Cette rubrique permet de classer rapidement le type d'incident concerné parmi les principales catégories de risques. Si l'événement ne concerne aucune catégorie mentionnée.

5. COMMENTAIRES

Ce cadre permet de décrire de façon précise et objective l'événement déclaré. Cette description doit se limiter aux faits constatés.

6. PROPOSITION D'ACTIONS A METTRE EN PLACE

Le déclarant peut proposer toute mesure qui lui semble de nature à corriger l'incident et/ou prévenir la survenue d'un risque du même genre.

7. FREQUENCE/GRAVITE

Merci de remplir à titre indicatif le tableau ci-dessous, dans tous les cas le gestionnaire des risques évaluera la fréquence/gravité.