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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Événement (\*)**Date :Heure :  DomicileLieu :  Extérieur  Structure HAD | **Rédacteur (\*)**Nom Prénom : ………………………………………………………………Fonction ou lien de parenté : Patient/Entourage – Partenaire extérieur – Pers. HAD    | **Nom de l’établissement (\*)****Identité patient (\*)**Coller étiquette patient |
| **L’événement concerne** **(\*)**Patient/Entourage – Partenaire extérieur – Pers. HAD   Nom/Organisme : …………………………………………………………Autre (à préciser) : ……………………………………………………… |

**(\*) : *Item à compléter obligatoirement***

**Choisir le domaine**

Puis préciser votre choix par une rubrique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Activités médicales & de soins** |  **Organisation des soins &relation avec le patient** |  **Aspects environnementaux** |  **Vigilances** |
|  Dommage associé aux soins*(Extravasation, escarres, lymphangite, troubles de la déglutition …)* |  Droits du patient*(Maltraitance, dossier patient, consentement, non-respect de la confidentialité, intimité, volonté …)* |  Circuit des dispositifs médicaux*(Retard/erreur de livraison, dysfonctionnement, mésusage …)* |  Pharmacovigilance*(effet indésirable ou risque d’effet indésirable dû à un médicament)* |
|  Complications médicale inattendue(*Décès inattendu, ré-hospitalisation inattendue, aggravation imprévue de l’état de santé due à un examen médical …)* | Difficultés liées : à l’admission à la coordination à l’hospitalisation au transfert, relais |  Retard de livraison de matériel par les prestataires externes et/ou internes, … Panne ou perte de matériel Dégradation du matériel HAD ou matériel au domicile du patient *(de façon non intentionnelle…)* |  Matériovigilance*(incident ou risque d’incident du à un dispositif médical défectueux)* |
|  Prise en charge de la douleur*(douleur persistante à un traitement antalgique, interruption de traitement antalgique par dysfonctionnement technique …)* |  Transport externe de patient*(Retard de la société de transport, accident durant le transport des patients en ambulance)* |  Malveillance*(vol, dégradation de véhicule, téléphone portable, matériel médical et informatique, équipement et locaux …)* |  Infectiovigilance*(prévention ou déclaration d’une infection associée aux soins)* |
|  Report d’actes*(soin programmé non réalisé, un HDJ ou une CS déprogrammée …)* |  Agression*(envers les professionnels, le patient ou l’entourage …)* |  Réactovigilance*(incident ou risque d’incident relatif à un dispositif médical de diagnostic in vitro)* |
|  Perte ou bris de prothèse du patient (auditive, dentaire, etc…) |  Etat des locaux*(Salubrité des locaux inadaptée, Maintenance de l’établissement ou chez le patient inadaptée à l’activité d’HAD…)* |  Nutriciovigilance*(effet indésirable ou risque d’effet indésirable lié à la consommation d’un complément alimentaire ou d’un aliment)* |
|  Prise en charge médicamenteuse*(écart à l’une des étapes : Prescription, Dispensation, Administration, Transport & livraison, Stockage, erreur, dysfonctionnement du Circuit. Erreur de manipulation de pompe, mésusage médicaments, O2, MEOPA …)* |  Chute de patient Fugue de patient Patient égaré |  Système d’Informations*(Dysfonctionnement Domilink, session …)*  Violation des données personnelles (*Non-protection des données patient ou partenaires ou salariés…*) Incident de la sécurité du Système d’Informations |  Identitovigilance*(erreur ou risque d’erreur relatif à l’identité d’un patient y compris INS)* |
|  |  |  Difficultés liées à l’organisation interne *(perte d’information, manque d’outil, retard de paiement…)* |  Hémovigilance(*incident ou risque d’incident de la chaîne transfusionnelle)* |
| **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’EVENEMENT***D’après vous, quels sont les facteurs à l’origine de cet événement ?* |
| **ACTIONS IMMEDIATEMENT 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      |



**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.**