|  |  |
| --- | --- |
| **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. |

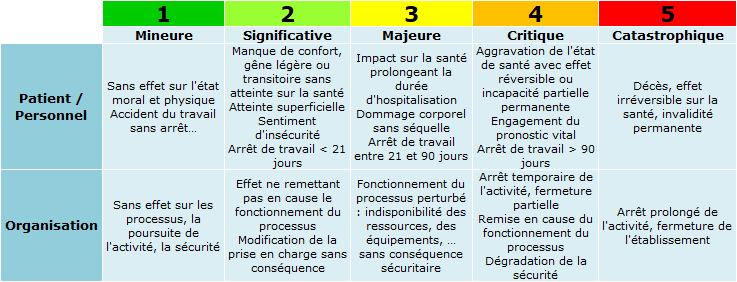
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Événement (\*)**  Date :  Heure :   Domicile  Lieu :  Extérieur   Structure HAD | **Rédacteur (\*)**  Nom Prénom : ………………………………………………………………  Fonction ou lien de parenté :  Patient/Entourage – Partenaire extérieur – Pers. HAD     | **Nom de l’établissement (\*)**  **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.**