

Logo de l'établissement + N°téléphone	Fiche de déclaration en interne d'un Evènement Indésirable (EI)	Date de création :
		Date de mise à jour :

NOTICE D'UTILISATION :

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents, en cas de survenue d'un évènement indésirable (EI), **quelle que soit sa nature**, il est très important :

- D'en informer un membre du personnel et /ou un responsable de l'établissement et, le cas échéant, d'en informer le résident et/ou sa famille
- ET de le **déclarer en interne** via le **document présent** ou via un module dédié du logiciel métier et d'enregistrer la déclaration dans un tableau de suivi.

Date de déclaration en interne de l'évènement indésirable :/..../20....

ENREGISTREMENT DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

Date et lieu de survenue de l'évènement Date : .../.../20.... Heure : Lieu :		N° d'enregistrement en interne (à définir par l'EHPAD)	
Emetteur de la déclaration Nom, Prénom, Fonction :		Personne(s) concernée(s) par l'évènement <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Intervenant extérieur <input type="checkbox"/> Visiteur Nom, Prénom (H/F) : Age : ans Lieu de survenue (unité, spécialité) :	

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE (EI) (à cocher)

Décès inexpliqué ou menace de la sécurité de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Décès inattendu ou inexpliqué <input type="checkbox"/> Conduites suicidaires (tentative de suicide ou suicide) <input type="checkbox"/> Disparition inquiétante d'un résident (ex : fugue)
EI lié aux soins <input type="checkbox"/> Erreur ou évènement indésirable associé à des soins (erreur dans l'exécution d'un acte, retard de prise en charge, erreur d'identification du résident, erreur médicamenteuse, défaut de surveillance, manque d'hygiène...) <input type="checkbox"/> Evènement indésirable susceptible d'être dû à un médicament : lié à ses propriétés pharmacologiques, son mésusage ou son abus (ex : hémorragie sous AVK, urticaire sous morphine, etc.) <input type="checkbox"/> Incident ou risque d'incident susceptible d'être dû à un dispositif médical <input type="checkbox"/> Infection associée aux soins (Si EHPAD rattaché à un établissement de santé, déclarer également à l'Agence Nationale de Santé Publique via e-sin : https://esin.invs.sante.fr/appli_esin/) <input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang -> Déclarer à la médecine du travail et à la CNAM (= accident du travail)
Chute <input type="checkbox"/> Chute (Recenser en interne l'ensemble des chutes + analyse annuelle des causes de chute)
Maltraitance et violence <input type="checkbox"/> Maltraitance vis-à-vis du ? ou causé par ? résident (violence physique, psychique, médicale, matérielle ou financière, négligence, privation de droits) <input type="checkbox"/> Violence entre résidents ou agression envers un professionnel
Sécurité des locaux et du matériel <input type="checkbox"/> Sécurité des biens (disparition, casse, vol, vandalisme, etc.) <input type="checkbox"/> Système d'information (équipement indisponible, défaut de confidentialité, perte d'information) <input type="checkbox"/> Environnement (température inadéquate, mauvaise odeur, nuisance sonore, inondation, etc.) <input type="checkbox"/> Sinistre/ Incident matériel (feu, fuite d'eau ou de gaz, défaut d'alimentation électrique, panne d'ascenseur, de chauffage ou de climatisation, etc.) <input type="checkbox"/> Logistique, hôtellerie et prestataires extérieurs (problème de restauration, linge, ménage, maintenance, approvisionnement en fournitures/gaz/eau, etc.) <input type="checkbox"/> Indisponibilité préoccupante d'un produit de santé
Divers <input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles récurrentes avec le résident/famille <input type="checkbox"/> Autres : à préciser au verso dans le cadre « Que s'est-il passé ? »

* Erreur médicamenteuse : omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte impliquant un médicament qui peut être à l'origine d'un EI

GRAVITE DE L'EVENEMENT INDESIRABLE

Oui : Décès Mise en jeu du pronostic vital Séquelle irréversible Incapacité temporaire

Non

Si non, préciser le cas échéant si présence d'un : Dommages physiques et/ou psychiques Dommages matériels Autre

.....
.....

QUE S'EST-IL PASSÉ ?

Décrire l'évènement quelle que soit sa nature et préciser les **circonstances de survenue**.

En cas de suspicion d'évènement indésirable associé à un (ou des) :

- **Médicament(s)** : renseigner le Nom commercial® + dénomination commune internationale (dci) + indication + posologie administrée si disponible + la date (horaire) de début de traitement

- **Dispositif médical ou médicament dérivé du sang** : renseigner le Nom commercial® + dénomination commune + n° de lot et, si possible, conserver le dispositif médical incriminé ou a minima son emballage

QUELLES MESURES IMMEDIATES ONT ÉTÉ PRISES ?

Information du résident et de sa famille le cas échéant : Oui Non / Par qui ?

UNE (ou des) PERSONNE(S) ONT-ELLES ÉTÉ PRÉVENUES

Oui Nom, Prénom et fonction de la (les) personne(s) prévenue(s) :

.....
.....

Non