



## FICHE DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

### Personne(s) concernée(s) par l'événement

Résident     Famille     Salarié     Autre

NOM(S) :

Prénom(s)

.....

.....

.....

.....

### Personne(s) déclarant l'événement

Résident     Famille     Salarié     Autre

NOM(S) :

Prénom(s) :

.....

.....

.....

.....

### EVENEMENT SIGNALÉ : où, quand a-t-il eu lieu ?

Date : .....

Date de la déclaration :

Heure : .....

Lieu : .....

### EVENEMENTS INDESIRABLES : Cochez la (les) case(s) et précisez dans tous les cas

#### Séjour/ Accueil

Accueil inadapté

Problème administratif

Défaut d'information sur le séjour

Absence non signalée (résident, salarié...)

Courrier sans adresse

Courrier non parvenu à son destinataire

Hospitalisation (famille non prévenue)     Autre

#### Organisation/ Logistique

Défaut de coordination inter-service

Non respect des procédures

Report, retard, délai...

Glissement de tâches

Produits d'entretien     de soins     Usage unique

Rupture de stock

Insuffisance de dotation

Rythme d'approvisionnement

Non respect des jours de commande

Erreur de distribution

Date de la déclaration :

#### Restauration

Problème de commande de repas

Repas non conforme à la commande

Température de repas inadaptée

Défaut de signalement d'absence lors du repas

Défaut majeur de qualité du repas

Autre

#### Environnement/Sécurité

Mobilier inadapté

Mobilier détérioré

Défaut de propreté

Chambre non préparée à la date prévue

Problème lié au matériel de location

Perte d'objet, disparition, vol

Problème de circulation dans les couloirs

Stationnement gênant

Non respect du circuit des déchets

Non respect du tri des déchets

Autre

Autre

**Linge/ effets personnels**

Effets personnels       linge de l'établissement

Perte

Défaut de qualité

Disparition

Défectueux ou abîmé

Erreur de tri

Présence d'objets dans le linge

Date de la déclaration :

Disparition prothèses

Dentaires

Auditives

Lunettes

Autres

**Atteinte corporelle/ comportement**

Projection de produits (chimiques ou biologiques)

Intoxication

Allergie

Piqûre

Brulure

Blessure

Fausses routes

Apparition d'escarre

Tentative de suicide

Suicide

Automutilation

Problème lié à l'alcool

Agressivité inhabituelle

Fugue ou tentative de fugue

Acte de maltraitance

Autre

**Coordination/ Relation/ Communication**

Insatisfaction

Résident/salarié/famille

Famille/salarié/résident

Salarié/famille/résident

Autre

Conflits

Problème de communication téléphonique

Défait de transmission

Défait d'informations aux intervenants extérieurs

Défait de coordination

Défait d'organisation d'une sortie prévue

Autres

**Coordination et sécurité des soins**

Défait de transmission

Défait d'information

Dossier incomplet

Défait de programme d'un transport

Transport inadapté

Défait de livraison de pharmacie

Non respect de l'organisation des soins

Non signalement d'une oxygénothérapie

Circuit non respecté

Non respect des règles d'hygiène

Non respect d'une procédure d'isolement

Non respect d'un protocole de soins

Autre

**Décès**

- Manque de matériel
- Retard dans le certificat de décès
- Famille non prévenue
- Médecin traitant non prévenu
- Autre

**Pharmacovigilance**

- Erreur de prescription médicamenteuse
- Prescription incomplète
- Erreur d'administration
- Défaut d'administration
- Erreur de distribution
- Erreur d'utilisation de produits médicamenteux
- Matériel médical défectueux
- Autre

**AUTRE EVENEMENT INDESIRABLE NON CONTENU DANS LA LISTE**

.....  
.....  
.....

**PRECISIONS SUR L'EVENEMENT INDESIRABLE**

.....  
.....  
.....

**MESURES PRISES IMMEDIATEMENT**

Personnes informées :

.....  
.....

Actions immédiates :

.....  
.....

**CONSEQUENCES IMMEDIATES APPARENTES**

Critique (nécessité d'une correction pour maintenir la qualité du fonctionnement)

Non critique (perturbation simple du fonctionnement)