|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *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**  🞏 Résident 🞏 Personnel 🞏 Intervenant extérieur 🞏 Visiteur  Nom, Prénom (H/F) : ……………………………………………........................  Age : ……… ans  **Lieu de survenue (unité, spécialité) :** …………………………………………. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **NATURE DE L’EVENEMENT INDESIRABLE (EI) *(à cocher)*** | | | **Décès inexpliqué ou menace de la sécurité de l’usager** | | 🞏 Décès inattendu ou inexpliqué  🞏 Conduites suicidaires (tentative de suicide ou suicide) | | 🞏Disparition inquiétante d’un résident (ex : fugue) | |  | | **EI lié aux soins** | | 🞏 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...)  🞏 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.)*  🞏 Incident ou risque d’incident susceptible d’être dû à un dispositif médical | | 🞏 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/> *)* | | 🞏Accident d’exposition au sang *-> Déclarer à la médecine du travail et à la CNAM (= accident du travail)* | | **Chute** | | 🞏 Chute *(Recenser en interne l’ensemble des chutes + analyse annuelle des causes de chute)* | | **Maltraitance et violence** | | 🞏 Maltraitance vis-à-vis du ? ou causé par ? résident (violence physique, psychique, médicale, matérielle ou financière, négligence, privation de droits)  🞏 Violence entre résidents ou agression envers un professionnel | | | **Sécurité des locaux et du matériel** | | 🞏 Sécurité des biens (disparition, casse, vol, vandalisme, etc.) | | 🞏 Système d’information (équipement indisponible, défaut de confidentialité, perte d’information) | | 🞏 Environnement (température inadéquate, mauvaise odeur, nuisance sonore, inondation, etc.) | | 🞏 Sinistre/ Incident matériel (feu, fuite d’eau ou de gaz, défaut d’alimentation électrique, panne d’ascenseur, de chauffage ou de climatisation, etc.) | | 🞏 Logistique, hôtellerie et prestataires extérieurs (problème de restauration, linge, ménage, maintenance, approvisionnement en fournitures/gaz/eau, etc.) | | 🞏 Indisponibilité préoccupante d’un produit de santé | | **Divers** | | 🞏 Difficultés relationnelles récurrentes avec le résident/famille | | 🞏 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 : *□* Dommage physique et/ou psychique *□* Dommage matériel  *□* 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 ETE PREVENUES**  🞏 **Oui** Nom, Prénom et fonction de la (les) personne(s) prévenue(s) :  …………………........................................................................................................................................................................  …………………........................................................................................................................................................................  🞏 **Non** |