|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *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 🞏 VisiteurNom, 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 Santé Publique France via e-sin :* https://esin.santepubliquefrance.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**  |