

FICHE DE SIGNALEMENT D'UN EVENEMENT INDESIRABLE (FSEI)

Dialyse – HAD – SSIAD

Vous êtes patient, soignant, un évènement non prévu qui a porté ou qui risque de porter atteinte à la sécurité du patient ou du personnel ou à l'organisation de l'activité vient de se produire.

OBJECTIFS : connaître les dysfonctionnements, y répondre en les hiérarchisant, analyser les causes des évènements les plus fréquents ou les plus grave afin qu'ils ne se reproduisent plus ou d'en limiter la fréquence de survenue.

DECLARANT : Date, heure de l'évènement et lieu : le /...../20..... àH..... à

Nom et Prénom du déclarant :

Fonction du Déclarant : Service :

Téléphone du déclarant :

PERSONNE CONCERNEE :

Patient

Visiteur

O Professionnel AURA

O Intervenant extérieur (préciser) :

EVENEMENT INDESIRABLE / RISQUES :

Organisation de la PEC du Patient

Coordination de la Prise En Charge du patient

Planification des soins

Dossier patient

Parcours patient

Confidentialité

Intimité du patient

Droit du patient

Autre :

Soins

Examens de laboratoire

Violence physique ou verbale

Douleur

Prise En Charge Médicamenteuse

Dispositifs Médicaux Stériles

Défaut de soins / Refus de soins

Hémovigilance

Autre :

Sécurité des personnes et des locaux

Hygiène

AES/Risque infectieux

Bris ou perte de prothèses/lunettes

Chute

Vol d'effets personnels

O Identitovigilance

O Intrusion

O Ascenseur (panne)

O Début d'incendie

O Autre :

Biomédical et Technique

O Absence de générateur de remplacement

O Matériorvigilance/Défaut qualité DM

O Inondation

O Avarie électrique

O Avarie en eau

O Equipement technique internet et externe

O Autre :

Pharmacie

O Commande

O Livraison

O Rupture de stock

Logistique - Informatique

O Informatique

O Restauration

O Linge

O Déchets

O Rupture de la chaîne du froid

O Autres :

DESCRIPTION DES FAITS : (Merci de rester factuel et de donner tous les éléments utiles à l'analyse de cette FSEI de façon chronologique)

CRITICITE :

Gravité Estimée

- O 1- Mineur
- O 2- Significative
- O 3- Critique
- O 4- Grave

Fréquence estimée

- O 1- Rare
- O 2- Occasionnelle
- O 3- Fréquente
- O 4- Très fréquente

Maîtrise

- O 1- Maîtrisé
- O 2- Moyenne
- O 3- Insuffisante
- O 4- Non maîtrisé

Date et heure de la déclaration :

Le..... /..... /20..... àH.....

Lieu :

Signature :