

FICHE D'EVENEMENT INDESIRABLE PATIENT/ENTOURAGE

Personne déclarante (facultatif)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Date du jour :

Personne concernée

Personnel
 Patient : Nom Prénom
 Entourage
 Autre :

Date de l'évènement :

Heure de l'évènement :

Identification de l'évènement (plusieurs choix possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Circuit du médicament | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input type="checkbox"/> Dossier patient | <input type="checkbox"/> Douleur |
| <input type="checkbox"/> Droits des patients | <input type="checkbox"/> Hygiène |
| <input type="checkbox"/> Identitovigilance | <input type="checkbox"/> Nutrition |
| <input type="checkbox"/> Permanence des soins | <input type="checkbox"/> Prise en charge du patient et coordination des soins |
| <input type="checkbox"/> Réclamation orale | <input type="checkbox"/> Ressources matériels |
| <input type="checkbox"/> Sécurité des biens et des personnes | <input type="checkbox"/> Système d'information |
| <input type="checkbox"/> Vigilances réglementaires | <input type="checkbox"/> Autre, à préciser : |

Rapport des faits : (à remplir par la personne constatant l'évènement)

Echelle de fréquence par le déclarant

<input type="checkbox"/> 1 fois par an	<input type="checkbox"/> 1 fois par mois	<input type="checkbox"/> 1 fois par semaine	<input type="checkbox"/> 1 fois par jour
---	---	--	---

Echelle de gravité par le déclarant

<input type="checkbox"/> Très grave	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Bénin
--	-----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Mesures immédiates prises par le déclarant

Cet évènement est-il évitable ?

Oui Non

Si oui, actions à mettre en œuvre :

Traitement par : cadre réservé au service qualité

Date et heure de réception : Saisie le : Fiche n°
Suite donnée à la FEI :

Retour au déclarant le : Appel téléphonique Courrier

DOCUMENT A TRANSMETTRE A L'HAD SANTE A DOMICILE (enveloppe pré-affranchie)