



ASSOCIATION
FRATERNELLE
DES AMIS
DES MALADES

Fiche de signalement d'événements indésirables

FOYER JEAN BARRAIS
24, Avenue de l'Hermitage
44380 PORNICHET

Personne déclarante		Personne concernée	
Nom / Prénom (facultatif) :		☐ Aucune ☐ Résident ☐ Personnel	
Fonction (facultatif) :		☐ Bénévole ☐ Visiteur ☐ Autres :	
Service (obligatoire) :		Nom / Prénom :	
☐ Cette déclaration a été complétée par le déclarant.			
☐ Cette déclaration a été complétée avec l'aide du référent Qualité-Gestion des Risques.			
Description de l'événement indésirable			
Date de survenue : ____ / ____ / ____		Heure de survenue : ____ h ____	
Lieu de l'événement : _____			
Quelle est la nature de l'événement indésirable ? _____			
Pouvez-vous décrire les circonstances de survenue de l'événement ? <u>Restez le plus neutre possible, sans interprétation : s'en tenir aux faits.</u>			
Identifiez-vous des facteurs qui auraient contribué à la survenue de cet événement ? (Ce qui a pu faire que l'événement survienne) <u>Restez synthétique</u>			
- _____			
- _____			
Mesures correctives			
Avez-vous réalisé une action immédiate ?		Avez-vous obtenu des améliorations immédiates ?	
☐ OUI ☐ NON		☐ OUI ☐ NON	
Si oui, laquelle / lesquelles ?		Si oui, lesquelles ?	
- _____		- _____	
- _____		- _____	
- _____		- _____	
Avez-vous des suggestions d'actions d'amélioration pour éviter que cet événement ne se reproduise ?			

Identification de la gravité et fréquence de l'événement			
Merci de cocher la gravité et la fréquence qui vous semblent correspondre à l'événement déclaré.			
Gravité		Fréquence	
G 4 ☐	Un décès ou la survenue d'une menace vitale, ou un transfert inattendu dans une structure de soins externe, ou une incapacité ou un handicap permanent ou non, ou une perte d'autonomie permanente ou prolongée selon les actes de la vie quotidienne, ou la nécessité d'une surveillance accrue et/ou d'une prise en soins plus lourde, ou une rupture permanente ou prolongée des habitudes de vie, ou une atteinte permanente ou prolongée à l'intégrité psychologique ou sociale.	F 4 ☐	Très probable / C'est déjà arrivé plusieurs fois dans les dernières semaines dans l'établissement.
G 3 ☐	Une perte d'autonomie momentanée selon les actes de la vie quotidienne, ou la nécessité d'une surveillance momentanée et/ou une modification modérée de la prise en soins, ou une rupture momentanée des habitudes de vie, ou une atteinte momentanée à l'intégrité psychologique ou sociale.	F3 ☐	Probable / C'est déjà arrivé plusieurs fois au cours des six derniers mois dans l'établissement.
G 2 ☐	la nécessité d'une modification légère de la prise en soins, ou une modification momentanée des habitudes de vie.	F2 ☐	Peu probable / C'est déjà arrivé une fois au cours de l'année dans l'établissement.
G 1 ☐	Conséquence mineure, sans préjudice.	F1 ☐	Improbable / Je ne l'ai jamais vu ou vécu dans l'établissement.
Indice de criticité (G x F = C)			
Merci de reporter ci-dessous la gravité et la fréquence proposées :			
(Gravité) _____ X (Fréquence) _____ = (Criticité) _____			
 Si la Gravité est de 4 ou la Criticité est supérieure à 8, prévenir immédiatement l'équipe d'encadrement.			

Cette partie est complétée par le groupe Qualité – Gestion des Risques

Enregistrement de la fiche : N°- 20..

☐ Vu en séance le ____ / ____ / _____ par le groupe Qualité – Gestion des Risques

Validation de la criticité de l'événement (entourer la criticité)					
		G1	G2	G3	G4
	F4	4	8	12	16
	F3	3	6	9	12
	F2	2	4	6	8
	F1	1	2	3	4
		Risque à traiter en priorité. Non acceptable en l'état.			
		Risque à surveiller. Acceptable sous surveillance et mesures d'identification.			
		Risque non critique. Acceptable en l'état.			
Domaine de risque de l'événement indésirable					
☐ Lié aux Soins techniques et d'accompagnement ☐ Lié à l'Alimentation ☐ Lié au Linge ☐ Lié aux Chutes		☐ Lié au Lieu de Vie ☐ Lié aux Médicaments & dispositifs médicaux ☐ Lié à la Coordination – Organisation des soins ☐ Lié à l'Information des résidents ☐ Lié au Dossier du résident		☐ Lié à la Citoyenneté ☐ Lié à l'Identito-vigilance ☐ Lié aux Infections - Epidémies ☐ Lié au suicide ☐ Autre : _____	
Résultats de l'analyse des causes de l'événement indésirable (si criticité supérieure à 3)					
Causes immédiates					
Facteurs liés au résident					
Facteurs liés aux professionnels					
Facteurs liés au fonctionnement de l'équipe					
Facteurs liés aux tâches à réaliser					
Facteurs liés à l'environnement de travail					
Facteurs liés à l'organisation					
Facteurs contributifs liés au contexte institutionnel					
Actions d'amélioration					
<i>Les actions d'améliorations doivent être identifiées au regard des facteurs ayant contribué à la survenue de l'EI.</i>					
Actions		Responsables		Délais	
Modalités d'information et de restitution					
A la victime :					
Au déclarant :					
Aux équipes :					

L'objectif de cette fiche n'est pas d'identifier QUI est responsable mais de comprendre POURQUOI et COMMENT l'événement est survenu.

--