|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHE D’EVENEMENT INDESIRABLE**  **(FEI)** | **CODIFICATION :**  **N° enregistrement :** |

|  |
| --- |
| 1. **PERSONNE DECLARANTE** |
| Nom et prénom (facultatif) : |
| Fonction/Service : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **CONTEXTE DE L’EVENEMENT** | |
| **Personnes concernées \*** | **Date et lieu de l’évènement :** |
| **⬜ Usager ⬜ Personnel ⬜ Visiteur ⬜ Autre (à préciser) :** | **Heure :** |

***\* En cas d’accident du travail, merci de le signaler au service RH afin de faire al déclaration spécifique sous les 48h***

|  |  |
| --- | --- |
| **3. NATURE DE L’EVENEMENT (cochez)** | |
| **Sécurité des biens et des personnes**  ⬜ perte/vol/disparition  ⬜ agression verbale  ⬜ agression physique  ⬜ situation de maltraitance**\***  ⬜ tentative de fugue  ⬜ tentative de suicide\*  ⬜ intrusion  ⬜ départ de feu  ⬜ obstruction des issues de secours  ⬜ dysfonctionnement du système d’alarme  ⬜ installations dangereuses  ⬜ pollution (chimique/nuisances/nuisibles)  ⬜ ingestion produit chimique  ⬜ automutilation  ⬜ bris (lunettes/prothèses)  ⬜ fausse route  ⬜ manutention de personne  ⬜ autres (à préciser)  **Coordination/organisation générale**  ⬜ perte d’un élément ou du dossier usager  ⬜ défaut de transmission  ⬜ dossier usager non accessible  ⬜ délai d’intervention  ⬜ non-respect d’une procédure  ⬜ autres (à préciser) | **Matériel/Locaux**  ⬜ dysfonctionnement véhicule  ⬜ dysfonctionnement répété d’un équipement  ⬜ inondation/dégâts des eaux  ⬜ dégradation matériel/locaux/équipements  ⬜ température d’eau/air mal adaptée  ⬜ matériel défectueux  ⬜ autres (à préciser)  **Hôtellerie/logistique**  ⬜ restauration  ⬜ linge  ⬜ hygiène des locaux  ⬜ approvisionnement  ⬜ autres (à préciser)  **Organisation des soins médicaux/para-médicaux**  ⬜ examen, consultation annulée  ⬜ erreur de traitement  ⬜ AES – Accident d’Exposition au Sang (piqûres ; morsures ; coupures)**\***  ⬜ pharmacovigilance**\***  ⬜ infectio-vigilance  ⬜ autres (à préciser) |

***\*****Evènements indésirables faisant l’objet d’un signalement obligatoire* 

|  |
| --- |
| 1. **DESCRIPTION DES FAITS ET CONSEQUENCES** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. MESURES IMMEDIATES PRISES** |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE DE LA DECLARATION** | **SIGNATURE DU DECLARANT (facultatif)** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | ***CADRE RESERVE A L’ADMINISTRATION*** | | Date de suivi de la fiche : …./…../…...  Gravité : ⬜ 1 -Sans dommage ⬜ 2- Modérée ⬜ 3 - Importante ⬜ 4- Irréversible  Fréquence : ⬜ 1- Rare ⬜ 2-Se produit 1/an ⬜ 3-Se produit 1/semaine ⬜ 4-Se produit 1/jour  Indice criticité :  Action corrective ? ⬜ Oui ⬜ Non  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Signalement transmis aux autorités ? ⬜ Oui ⬜ Non |   **Déclaration à déposer dans la boîte aux lettres à côté du bureau de la directrice** |

