|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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- IrréversibleFréquence : ⬜ 1- Rare ⬜ 2-Se produit 1/an ⬜ 3-Se produit 1/semaine ⬜ 4-Se produit 1/jourIndice 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** |

