

A: Auteur de la fiche		B: Personne ou matériel concerné par le dommage	
Nom:		<input type="checkbox"/> NOM Résident/usager :	<input type="checkbox"/> NOM Visiteur :
Fonction:			
Service:		<input type="checkbox"/> NOM Agent :	<input type="checkbox"/> Matériel :

C: L'évènement est survenu	Date:	Heure:	Lieu:	D: Cet évènement est déjà survenu:
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

E: Que s'est-il passé ? Sélectionnez la ou les cases qui décrivent le mieux l'incident

► 1. Sécurité des personnes et des biens	► 4. Prise en soins des résidents	► 7. Risques professionnels
<input type="checkbox"/> Brûlure ou risque de brûlure	<input type="checkbox"/> Qualité des soins / Douleur	<input type="checkbox"/> Blessure par un résident (volontaire ou non)
<input type="checkbox"/> Chute ou risque de chute	<input type="checkbox"/> Circuit du médicament / Ordonnances	<input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Coupure
<input type="checkbox"/> Fumée / Odeur de brûlé / Incendie	<input type="checkbox"/> Dispositifs médicaux (Oxygène...)	<input type="checkbox"/> AES (Accident Exposant au Sang)
<input type="checkbox"/> Explosion (Gaz / Fluides...)	<input type="checkbox"/> Pharmacie / Laboratoire	<input type="checkbox"/> Heurt et bris de verre
<input type="checkbox"/> Evènements climatiques et météorologiques : (Foudre / Inondation / Tempête...)	<input type="checkbox"/> Retour d'hospitalisation / Dossier manquant	<input type="checkbox"/> Accident avec machines, outillage, chariots, mobilier
<input type="checkbox"/> Dégradation / Malveillance / Vandalisme	<input type="checkbox"/> Ambulances / RDV Ext. / Intervenants Ext.	<input type="checkbox"/> Brûlure
<input type="checkbox"/> Bris d'objet / Défaillance	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Choc électrique
<input type="checkbox"/> Disparition de matériel / Perte d'objet	► 5. Droit des usagers	<input type="checkbox"/> Blessure en manutention
<input type="checkbox"/> Objet trouvé	<input type="checkbox"/> Remarque sur PVP, habitudes de vie, croyances...	<input type="checkbox"/> Chute de hauteur <input type="checkbox"/> Chute de plain-pied
<input type="checkbox"/> Dons / Legs / Cadeaux proposés par un résident	<input type="checkbox"/> Respect du secret médical / Dossier médical	<input type="checkbox"/> Glissade sur sol mouillé
<input type="checkbox"/> Intrusion d'une personne extérieure au service	<input type="checkbox"/> Information administrative ou financière	<input type="checkbox"/> Ventilation insuffisante
<input type="checkbox"/> Animaux et insectes nuisibles	<input type="checkbox"/> Qualité de l'accueil / Ecoute	<input type="checkbox"/> Gaz ou vapeurs irritants ou nocifs
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Atteinte à l'intimité / Non respect de l'usager	<input type="checkbox"/> Inhalation de poussières
► 2. Comportement	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	<input type="checkbox"/> Contamination par des liquides souillés
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement d'un résident	► 6. Défaillances techniques	<input type="checkbox"/> Contact avec des déchets
<input type="checkbox"/> Comportement inapproprié d'un proche	<input type="checkbox"/> Téléphone / Interphone	<input type="checkbox"/> Contact avec personne contagieuse
<input type="checkbox"/> Intrusion d'un résident chez un autre résident	<input type="checkbox"/> Alarme Incendie / Système de désenfumage	<input type="checkbox"/> Exposition aux bruits et vibrations
<input type="checkbox"/> Alcoolisation <input type="checkbox"/> Tabagisme	<input type="checkbox"/> Panne électrique (Luminaires / Prises...)	<input type="checkbox"/> Contact ou projection de produit chimique
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit : Résident / Résident	<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Risques pour la vue
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit : Résident / Famille	<input type="checkbox"/> Chauffage / Ventilation / Climatisation	<input type="checkbox"/> Nuisances thermiques
<input type="checkbox"/> Refus de la toilette ou de soins par le résident	<input type="checkbox"/> Dégâts des eaux / Coupure d'eau / Fuite	<input type="checkbox"/> Accident de trajet
<input type="checkbox"/> Résident se servant dans les réserves / Résident stockant en chambre	<input type="checkbox"/> Matériel hors service / Vétusté / Panne	<input type="checkbox"/> Attitude / Comportement inadapté au service
<input type="checkbox"/> Locaux, environnement souillés	<input type="checkbox"/> Lits médicalisés / Barres de lits	RISQUES PSYCHO-SOCIAUX
<input type="checkbox"/> Sortie du service ou risque / Disparition	<input type="checkbox"/> Portes / Clé (Digicode / Serrure / Verrou)	<input type="checkbox"/> Souffrance éthique / Conflits de valeurs au travail
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Dispositifs d'Ergothérapie : (Fauteuils roulants / Lève-personnes / Chaises de douche / Matelas / Adaptables)	<input type="checkbox"/> Violence ou conflit : Résident / Agent
► 3. Prestations hôtelières	<input type="checkbox"/> Machine à café / Fontaine à eau / Frigo / Micro-onde	<input type="checkbox"/> Violence ou conflit : Famille ou Proche / Agent
<input type="checkbox"/> Propreté, Hygiène des locaux et du matériel	<input type="checkbox"/> Volets roulants / Fenêtres / Stores	<input type="checkbox"/> Violence ou conflit : Inter personnel
<input type="checkbox"/> Gestion des stocks (Incontinence / Epicerie...)	<input type="checkbox"/> Problème plomberie / Canalisations / WC bouchés	<input type="checkbox"/> Pression affective ou stress émotionnel au travail
<input type="checkbox"/> Alimentation (Menus / Régime / Quantités...)	<input type="checkbox"/> Lavabo cassé / Fuite ou WC cassés / Radiateur	<input type="checkbox"/> Manque de reconnaissance au travail
<input type="checkbox"/> Gestion du courrier / Journal	<input type="checkbox"/> Système d'appel soignant	<input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles au travail
<input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire	<input type="checkbox"/> Défaillance sur équipement de Cuisine / Lingerie	<input type="checkbox"/> Désorganisation du travail / Absentéisme subi
<input type="checkbox"/> Service hôtelier	<input type="checkbox"/> Problèmes informatiques	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):
<input type="checkbox"/> Gestion du linge (Usure / Manque...)	<input type="checkbox"/> Détérioration des murs / du bâti / des sols	► 8. Responsabilité Sociétale des Organisations
<input type="checkbox"/> Salon de coiffure	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Respect de l'environnement (tri déchets, ...)
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):		<input type="checkbox"/> Contamination des réseaux

F: Description de l'évènement

G: Mesures prises immédiatement ou Propositions d'améliorations

<i>(écrire au dos si nécessaire)</i>	<i>(écrire au dos si nécessaire)</i>
--------------------------------------	--------------------------------------

H: Conséquences immédiates apparentes

I: Gravité estimée

<input type="checkbox"/> Décès, suite à l'évènement <input type="checkbox"/> Pas d'impact <input type="checkbox"/> Préjudice matériel <input type="checkbox"/> Préjudice moral <input type="checkbox"/> Insatisfaction <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Dommage corporel important <input type="checkbox"/> Dommage corporel modéré <input type="checkbox"/> Perte de temps	<input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Majeure
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

J: Personnes informées (Nom, Prénom, Grade)

Suites à donner (Cadre réservé à la DIRECTION)

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Communication à l'ARS <input type="checkbox"/> Communication au CVS <input type="checkbox"/> Communication RSPR
------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cette feuille ne vaut pas déclaration d'accident de travail, merci de vous adresser impérativement au bureau RH.