

**Fiche de déclaration**

**d’Événement Indésirable Grave liés aux Soins**

***Etablissements de santé et structures médico-sociales***

***Volet 1 : Déclaration initiale***

*Réf :* [*Décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 - art. 1*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=5273D07EAA6B8387236C87A8A7807EEF.tplgfr27s_1?cidTexte=JORFTEXT000033479591&idArticle=LEGIARTI000033483302&dateTexte=20171027&categorieLien=id#LEGIARTI000033483302) *relatif à l'obligation de déclaration par les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements ou services médico-sociaux des événements indésirables graves associés aux soins réalisés lors d’investigations, de traitements, d’actes médicaux à visée esthétique ou d’actions de prévention et qui sera un événement inattendu au regard de l’état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d’un déficit fonctionnel permanent y compris anomalie ou malformation congénitale.*

Le présent formulaire est destiné à faciliter les échanges d’information entre l’ARS et chaque établissement de la région. Il doit être transmis à l’adresse suivante : [ars-hdf-signal@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-signal@ars.sante.fr)

|  |
| --- |
| **DATE ET HEURE DU SIGNALEMENT** |
| **Le ……../……../………….. , à :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATION SUR LE DECLARANT** | | |
| **Catégorie du déclarant :** | 🞏 Etablissement de santé  🞏 Professionnel de santé  🞏 Etablissement médico-sociaux | 🞏 Autres, *(préciser)* : …………………………………………………………  …………………………………………………………. |
| **Vous déclarez en qualité de :** | 🞏 Représentant de la structure dans laquelle a été constaté l’événement  🞏 Professionnel de santé paramédical  🞏 Professionnel de santé médical 🞏 Autre *(préciser) : ……………………………..* | |
| **Veuillez préciser votre catégorie professionnelle :** | 🞏 Médecin  🞏 Sage-femme  🞏 Aide-soignant  🞏 Kinésithérapeute | 🞏 Pharmacien  🞏 Chirurgien-dentiste  🞏 Infirmer  🞏 Autre *(préciser) : ……………………………..* |
| **Nom** | | |
| **Prénom :** | | |
| **Téléphone :** | | |
| **Adresse électronique :** | | |
| **Nom de l’établissement, de la structure ou du service :** | | |
| **Adresse de la structure :** | | |
| **N° FINESS de l’établissement:** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATION SUR LE PATIENT / RESIDENT EXPOSE A L’EIGS** | |
| **Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l’évènement ?** |  |
| **Sexe :** | 🞏 Masculin 🞏 Féminin |
| **Age :** |  |
| **En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l’EIGS en semaines d’aménorrhée** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **CIRCONSTANCE DE L’EIGS** | |
| **Date de constat de l’évènement :** |  |
| **lieu de constat de l’événement :** |  |
| **Le lieu de constat est-il différent du lieu de survenue ?** | 🞏 OUI 🞏 NON  Si oui, préciser le lieu de survenue : |
| **Lieu de survenue :** | 🞏 ES public 🞏 ES privé 🞏 ESPIC  🞏 ESMS pour personnes âgées  🞏 ESMS pour adultes handicapés  🞏 ESMS pour enfants handicapés  🞏 MSP 🞏 Cabinet de ville 🞏 Centre de soins  🞏 Domicile du patient  🞏 Autres, *(Préciser) :* …………………………………………………………………………………… |
| **Activité concernée :** | 🞏 Médecine 🞏 Chirurgie 🞏 Obstétrique 🞏 SSR  🞏 Psychiatrie 🞏 Cancérologie 🞏 SLD  🞏 HAD 🞏 Plateau technique interventionnel  🞏 Cabinet de ville 🞏 Centre de soins 🞏 Maison de santé  🞏 Autres, *(Préciser) :* …………………………………………………………………………………… |
| **Qu’avez-vous constaté ?**  *Décrire les faits qui sont survenus de façon chronologique en mettant en évidence les acteurs, les lieux, les matériels, les informations, les pratiques impliqués* |  |
| **Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ?** | 🞏 Décès  🞏 Mise en jeu du pronostic vital  🞏 Probable déficit fonctionnel permanent |
| **CIRCONSTANCE DE L’EIGS (suite)** | |
| **Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l’EIGS ?** |  |
| **Quel est l’acte de soin impliqué dans l’évènement** |  |
| **Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet évènement ?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LES AUTRES CONSEQUENCES CONSTATEES AU MOMENT DE LA DECLARATION** | |
| **A votre connaissance l’évènement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 NON CONCERNE  Si OUI, précisez : |
| **A votre connaissance, l’évènement a-t-il eu des conséquences pour la structure ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 NON CONCERNE  Si OUI, précisez : |
| **A votre connaissance, l’évènement a-t-il eu d’autres conséquences ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 NON CONCERNE  Si OUI, précisez : |

|  |  |
| --- | --- |
| **MESURES IMMEDIATES PRISES POUR LE PATIENT / RESIDENT** | |
| **Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient / résident ?** | 🞏 OUI 🞏 NON  Si OUI, indiquez si les mesures prises concernent :  🞏 Les soins  🞏 L’organisation  🞏 Les matériels  🞏 Autres mesures |
| **Détaillez les mesures prises ?** |  |
| **Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 NE SAIT PAS |

|  |  |
| --- | --- |
| **MESURES IMMEDIATES POUR LES PROCHES** | |
| **Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 NE SAIT PAS 🞏 SANS OBJET |

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTRES MESURES** | |
| **Y-a-t-il déjà eu une réunion entre l’équipe soignante concernée et l’équipe de direction ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 SANS OBJET |
| **Y-a-t-il déjà eu des mesures prises pour le soutien du personnel ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 SANS OBJET |
| **Une information a-t-elle été communiquée ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 NE SAIT PAS  Si OUI, à qui ?  🞏 à d’autres agences sanitaires  🞏 à d’autres administrations  🞏 à l’autorité de police  🞏 à l’autorité judiciaire |
| **Pensez-vous que l’évènement soit maîtrisé ?** | 🞏 OUI 🞏 NON 🞏 EN COURS |

|  |  |
| --- | --- |
| **ORGANISATION POUR REALISER L’ANALYSE DES EIGS** | |
| **Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l’analyse de l’EIGS ?** |  |
| **Avez-vous en interne, les ressources et la compétence nécessaire à l’analyse approfondie de l’EIGS ?** | 🞏 OUI 🞏 NON |
| **Souhaitez-vous l’appui d’une expertise externe pour réaliser l’analyse approfondie de l’EIGS ?** | 🞏 OUI 🞏 NON |

**Le Volet 2 doit être effectué dans les trois mois suivants. Celui-ci comprend notamment l’analyse approfondie de l’événement, les éléments de retours d’expérience ainsi que les mesures correctives prises et envisagées.**