

- Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration
→ Déclaration à effectuer SANS DELAI sur le portail national de signalement

Les champs* sont obligatoires

INFORMATIONS SUR LE DECLARANT	
Catégorie déclarant* :	<input type="checkbox"/> Etablissement de santé <input type="checkbox"/> Etablissement médico-social <input type="checkbox"/> Professionnel de santé
Vous déclarez en qualité de* :	<input type="checkbox"/> Représentant de la structure dans laquelle a été constatée l'EIGS <input type="checkbox"/> Professionnel de santé médical <input type="checkbox"/> Professionnel de santé paramédical <input type="checkbox"/> Autre profession
Veuillez préciser votre catégorie professionnelle*	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Autre
Nom*	
Prénom*	
Téléphone*	
Adresse électronique*	
Nom de l'établissement de la structure ou du service d'exercice*	

INFORMATIONS SUR LE PATIENT/RESIDENT EXPOSE A L'EIGS	
Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'évènement*	Texte libre
Sexe*	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Age (tranche) * :	<input type="checkbox"/> De 0 à 1 ans <input type="checkbox"/> De 20 à 30 ans <input type="checkbox"/> De 90 à 100 ans <input type="checkbox"/> De 1 à 2 ans <input type="checkbox"/> De 30 à 40 ans <input type="checkbox"/> De 100 à 110 ans <input type="checkbox"/> De 2 à 3 ans <input type="checkbox"/> De 40 à 50 ans <input type="checkbox"/> De 110 à 120 ans <input type="checkbox"/> De 3 à 5 ans <input type="checkbox"/> De 60 à 70 ans <input type="checkbox"/> De 120 à 130 ans <input type="checkbox"/> De 5 à 10 ans <input type="checkbox"/> De 70 à 80 ans <input type="checkbox"/> De 130 à 140 ans <input type="checkbox"/> De 10 à 15 ans <input type="checkbox"/> De 80 à 90 ans <input type="checkbox"/> De 140 à 150 ans <input type="checkbox"/> De 15 à 20 ans

CIRCONSTANCES DE L'EVENEMENT	
Date de constat de l'évènement* :	
Lieu de constat de l'évènement* :	Texte libre
Le lieu de constat est-il différent du lieu de survenue de l'évènement ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Département de survenue* :	
Qu'avez-vous constaté ? *	Texte libre
Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ? *	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Probable déficit fonctionnel permanent
Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ?	Texte libre
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?	Texte libre
Quelles sont vos premières hypothèses de	Texte libre

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 ? * :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné
Si oui, précisez *	Texte libre
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour la structure ? * :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné
Si oui, précisez *	Texte libre
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu d'autres conséquences ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné
Si oui, précisez *	Texte libre

MESURES IMMEDIATES PRISES POUR LE PATIENT/RESIDENT

Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient / résident ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si "oui" veuillez indiquer si les mesures prises concernent ? *	<input type="checkbox"/> Les soins <input type="checkbox"/> Les matériels <input type="checkbox"/> L'organisation <input type="checkbox"/> Autres mesures
Détaillez les mesures prise*	Texte libre
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas

MESURES IMMEDIATES PRISES POUR LES PROCHES

Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
--	---

AUTRES MESURES

Y-a-t-il déjà eu une réunion entre l'équipe soignante concernée et l'équipe de direction ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Y-a-t-il déjà eu des mesures prises pour le soutien du personnel ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sans objet
Une information a-t-elle été communiquée ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, à qui ? *	<input type="checkbox"/> A d'autres agences sanitaires <input type="checkbox"/> A l'autorité de police <input type="checkbox"/> A d'autres administrations <input type="checkbox"/> A l'autorité judiciaire
Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours

ORGANISATION POUR REALISER L'ANALYSE DE L'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS *	Texte libre
Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet évènement ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ? *	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non