

Modèle de formulaire de déclaration d'un EIGS - Volet 2 -

Document actualisé le
07/05/2019

→ Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration

→ Déclaration à effectuer sur le portail national de signalement dans les 3 mois au plus tard après la 1^{ère} partie.

Les champs* sont obligatoires

| REFERENCE DU VOLET 2 | |
|--|--|
| Quel est le numéro de référence du premier volet de déclaration? * | |
| 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 |
| Veillez 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* | |
| LIEU DE SURVENUE DE L'EVENEMENT | |
| Département de survenu* | |
| Lieu de survenue de l'évènement* | <input type="checkbox"/> Etablissement de santé public <input type="checkbox"/> Etablissement de santé privé à but lucratif <input type="checkbox"/> Etablissement de santé privé à but non lucratif ou d'intérêt collectif (ESPIC) <input type="checkbox"/> Etablissement ou service médicosocial pour personnes âgées <input type="checkbox"/> Etablissement ou service médicosocial pour adultes handicapés <input type="checkbox"/> Etablissement ou service médicosocial pour enfants handicapés <input type="checkbox"/> En ville (cabinet de ville, centre de soins, maison de santé pluridisciplinaire) <input type="checkbox"/> Domicile du patient <input type="checkbox"/> Autre (préciser) |
| Si vous avez saisi "autre", veuillez préciser* : | Texte libre |
| Préciser l'activité concernée en établissement de santé ou la structure de soins de ville concernée* : | <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Soins de suite et de réadaptation <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Cancérologie <input type="checkbox"/> Hospitalisation à domicile <input type="checkbox"/> Plateau technique interventionnel <input type="checkbox"/> Cabinet de ville <input type="checkbox"/> Centre de soins <input type="checkbox"/> Maison de santé pluridisciplinaire <input type="checkbox"/> Autre |
| Si vous avez saisi "autre", veuillez préciser* : | Texte libre |

INFORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE

| | | |
|---|--|--|
| Quel est le diagnostic principal de prise en charge avant l'EIGS ? * : | Texte libre | |
| Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ? * : | <input type="checkbox"/> Très complexe <input type="checkbox"/> Plutôt complexe <input type="checkbox"/> Plutôt non complexe | <input type="checkbox"/> Non complexe <input type="checkbox"/> Ne sais pas |
| Quel était le but de l'acte de soins ? * | <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Esthétique | <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Non concerné |
| La prise en charge était-elle programmée ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non concerné |
| Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'évènement ? * : | <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgence relative <input type="checkbox"/> Urgence différée | <input type="checkbox"/> Urgence immédiate <input type="checkbox"/> Non concerné |
| Renseignez le code CCAM de l'acte médical réalisé : | Texte libre | |
| Précisez, le cas échéant, si une technique innovante a été utilisée ? (pratique, matériel, clinique informatique, etc.) * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné | |
| Si oui, précisez laquelle * | Texte libre | |
| Précisez durant quelles périodes particulières l'évènement s'est déroulé * | <input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Jour férié <input type="checkbox"/> Week-end | <input type="checkbox"/> Heure de changement d'équipe <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre |

LES CAUSES IMMEDIATES ET LES CAUSES PROFONDES (FACTEURS FAVORISANTS)

| | | |
|--|--|--|
| Avez-vous identifié une ou des causes immédiates à l'évènement? * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui, précisez lesquelles * | Texte libre | |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au patient / résident ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Antécédents <input type="checkbox"/> Etat de santé (pathologies, comorbidités) <input type="checkbox"/> Traitements | <input type="checkbox"/> Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux <input type="checkbox"/> Relations conflictuelles <input type="checkbox"/> Autre |
| Expliciter votre choix * : | Texte libre | |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés aux tâches à accomplir ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) <input type="checkbox"/> Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents) <input type="checkbox"/> Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) <input type="checkbox"/> Définition des tâches <input type="checkbox"/> Programmation, planification <input type="checkbox"/> Autres | |
| Expliciter votre choix * : | Texte libre | |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés aux professionnels ? * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Qualifications, compétences <input type="checkbox"/> Facteurs de stress physique ou psychologique <input type="checkbox"/> Autre | |
| Expliciter votre choix * : | Texte libre | |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'équipe ? * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Communication entre professionnels <input type="checkbox"/> Communication vers le patient et ses proches <input type="checkbox"/> Informations écrites (dossier patient,...) <input type="checkbox"/> Transmission et alertes | <input type="checkbox"/> Répartition des tâches <input type="checkbox"/> Encadrement, supervision <input type="checkbox"/> Demandes de soutien ou comportements face aux incidents <input type="checkbox"/> Autre |

| | |
|---|--|
| Expliciter votre choix * : | Texte libre |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'environnement de travail ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc) <input type="checkbox"/> Déplacements, transferts de patient entre unités ou sites <input type="checkbox"/> Fournitures ou équipements (non disponible, inadaptés ou défectueux) <input type="checkbox"/> Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance) <input type="checkbox"/> Effectifs (adaptés en ombre ou en compétences) <input type="checkbox"/> Charge de travail, temps de travail <input type="checkbox"/> Retards, délais <input type="checkbox"/> Autre |
| Expliciter votre choix * : | Texte libre |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'organisation et au management ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels) <input type="checkbox"/> Gestion des ressources humaines intérim, remplaçant <input type="checkbox"/> Politique de formation continue <input type="checkbox"/> Gestion de la sous-traitance <input type="checkbox"/> Politique d'achat <input type="checkbox"/> Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement <input type="checkbox"/> Ressources financières <input type="checkbox"/> Autre |
| Expliciter votre choix * : | Texte libre |
| Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au contexte institutionnel ? * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable |
| Le(s)quel(s) ? * : | <input type="checkbox"/> Politique de santé publique nationale <input type="checkbox"/> Politique de santé publique régionale <input type="checkbox"/> Systèmes de signalement <input type="checkbox"/> Autre |
| Expliciter votre choix * : | Texte libre |
| ELEMENTS DE SECURITE OU "BARRIERES" | |
| Avez-vous identifié des mesures "barrières" qui ont fonctionné (en limitant la gravité de l'évènement) ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable |
| Si oui, précisez | Texte libre |
| Avez-vous identifié des mesures "barrières" qui n'ont pas fonctionné et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable |
| Si oui, précisez | Texte libre |
| Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet évènement ? * : | <input type="checkbox"/> Inévitable <input type="checkbox"/> Probablement évitable <input type="checkbox"/> Probablement inévitable <input type="checkbox"/> évitable |
| MESURES PRISES ET ENVISAGEES (PLAN D'ACTION) | |
| Des actions ont-elles été mises en œuvre ou vont-elle être mises en œuvre ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, précisez lesquelles et leurs échéances * : | Texte libre |
| Un suivi des actions est-il prévu ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Précisez comment * : | Texte libre |
| Des mesures d'accompagnement du patient et/ou de ses proches ont-elles été mises en place ? * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Commentez votre réponse * : | Texte libre |

| REALISATION DE L'ANALYSE | | |
|---|--|--|
| L'analyse a-t-elle été réalisée collectivement ? * : | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui, précisez avec qui ? * | <i>Texte libre</i> | |
| Avec quelle méthode/organisation a été réalisée l'analyse approfondie de l'EIGS ? * : | <input type="checkbox"/> RMM <input type="checkbox"/> CREX <input type="checkbox"/> REMED | <input type="checkbox"/> ALARM <input type="checkbox"/> groupe de Pairs <input type="checkbox"/> autre |
| Si autre, précisez * : | <i>Texte libre</i> | |
| Avez-vous bénéficié de l'appui d'une expertise ? * | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui, laquelle ? * : | <input type="checkbox"/> SRA <input type="checkbox"/> OMEDIT <input type="checkbox"/> Structure gestion des risques de mon établissement | <input type="checkbox"/> CPIAS <input type="checkbox"/> Autres |
| Si autre, précisez * : | <i>Texte libre</i> | |