|  |
| --- |
| FICHE DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES (EIG) (hors maladies à déclaration obligatoire et vigilances) |

***En dehors des coordonnées du signalant, tous les signalements doivent être anonymisés : les données nominatives relatives aux patients, professionnels de santé impliqués dans les événements rapportés ne doivent pas être mentionnés.***

***La déclaration doit être adressée dans les meilleurs délais. Elle peut être complétée dans un second temps d’un rapport circonstancié.***

|  |
| --- |
| 1. DECLARANT

**Date du signalement à l’ARS :** **Nom de l’établissement :** Adresse : **Motif du signalement :** **[ ]** Information **[ ]** Demande d’appui **[ ]** AutreSi autre (préciser) : **Nom et prénom du déclarant :** Qualité du déclarant : **Téléphone et adresse mail du déclarant :****Téléphone et adresse mail de la structure déclarant :**  |

|  |
| --- |
| 1. L’EVENEMENT

**Date de l’événement** **:** Heure de début : Heure de fin (le cas échéant) : **Lieu(x) de l’événement** **:** **Description succincte de l’événement** (joindre un rapport circonstancié s’il en existe un) **:** **Conséquences :** **1ère(s) cause(s) identifiée(s) :** **Une recherche des causes profondes est-elle prévue, le cas échéant ?**  |

|  |
| --- |
| 1. ACTIONS DEJA MISES EN PLACE

**Mesures de gestion immédiate prises par l’établissement :**  **Mesures correctives envisagées :**  **Y a-t-il des enseignements à tirer au niveau de l’établissement, ou au niveau régional, de l’évènement pour prévenir sa reproduction ?**Préciser lesquels :  |

|  |
| --- |
| 1. INFORMATION ET COMMUNICATION

**Pour les EIG associés aux soins ayant été à l’origine d’un préjudice pour un patient :** Le patient/résident est-il informé ? ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non* La famille est-elle informée ? ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non*Le ou les soignants sont- ils accompagnés ? : **Analyse des risques :** Risque de reproductivité ? ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non* Risque d’extension  ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non*Risque contentieux immédiat? ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non* Risque médiatique ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non*L’évènement semble-t-il maitrisé ? ***[ ]*** *oui* ***[ ]*** *non* Si non maitrisé, préciser pourquoi : **Institutions autres que l’ARS, déjà informées par l’établissement :**  |

|  |
| --- |
| 1. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Informations complémentaires :Nombre de pièces jointes :  |

***Sont considérés comme évènements indésirables graves****, les événements ayant un impact grave ou majeur sur l’organisation, la sécurité des patients/résidents, et /ou les biens matériels.*

***En ce qui concerne les EIG à impact sur les patients/résidents****, est considéré comme grave ou majeur un événement ou un défaut de prise en charge responsable d’une atteinte physique ou psychologique grave réversible, ainsi que les atteintes non réversibles pouvant aller jusqu’au décès.*

***Il est de la responsabilité des établissements d’estimer si des événements à impact modéré et maîtrisé doivent néanmoins être portés à la connaissance de l’ARS*** *notamment en raison de leur fréquence inhabituelle et/ou de circonstances particulières.*