|  |
| --- |
| FORMULAIRE DE SIGNALEMENT des dysfonctionnements GRAVES et évènements indésirables  HORS EIG-S : E*vènement Indésirable Grave lié à un Soin ou à la décision de ne pas faire un soin, inattendu au regard de l’état de santé et de la pathologie du patient, ayant pour conséquence soit la mise en jeu du pronostic vital, le décès ou le risque de déficit fonctionnel permanent)* à déclarer via https://signalement.social-sante.gouv.fr/ |
| |  | | --- | | **Destinataires : Etablissements médico-sociaux** | | **Textes : Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l’obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ETABLISSEMENT ET NATURE DE L’EVENEMENT   **Date du signalement à l’ARS :**  **Nom et adresse de l’établissement :**  **Nom de l’organisme gestionnaire :**  **Numéro FINESS géographique :**  **Nom, prénom et qualité du déclarant :**  **Tél : Courriel :**  **Type d’établissement :**  Personnes âgées  Personnes en situation de handicap  **Nature de l’évènement***: (conformément arrêté du 28 décembre 2016)*   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1. Sinistre ou évènement météorologique | 2. Accident ou incident lié à une défaillance technique et évènement en santé environnementale | 3. Comportements Violents ou inappropriés | | Inondation  Tempête  Incendie  Rupture de fourniture d’électricité, eau  Autre (préciser) : | Pannes prolongées d’électricité  Panne prolongée de chauffage  Panne prolongée d’ascenseur  Epidémie (Hors IRA – GEA)  Intoxication (hors plomb et CO2)  Maladies infectieuses hors MDO  Autres (préciser) : | Violence entre usagers  Violence usagers envers le personnel  Comportement inapproprié d’ordre sexuel  Manquements graves aux règlements du lieu d’hébergement de la structure qui compromettent la prise en charge des personnes accueillies  Autre (préciser) : |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 4. Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance | 5. Perturbation du fonctionnement de la structure liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches /personnes extérieures à la structure | 6. Perturbation dans l’organisation du travail et gestion des ressources humaines | | Non-respect de la prescription, erreur dans la dispensation ou l’administration du médicament\*  Disparition inquiétante/fugue de personnes accueillies\*  *(Service de police ou gendarmerie alertés)*  Suicide*\**  Tentative de suicide*\**  Décès accidentels *(chute, accident de contention…) \**  Autre défaut de soin (préciser) :  Autre défaut de surveillance (préciser) : | Situations conflictuelles avec un ou des tiers (difficultés relationnelles récurrentes avec les familles)  Autre (préciser) : | Mouvements sociaux  Absences imprévues de plusieurs professionnels ou vacance de poste prolongée, notamment d’encadrement  Autre (préciser) : | | 7. Situation de maltraitance | 8. Actes de malveillance |  | | Physique  Sexuelle  Psychologique  Privation de droit  Comportement d’emprise  Négligence grave  Autre (préciser) : | Détérioration volontaire des locaux  Détérioration volontaire des équipements/matériel  Vols  Sécurité des réseaux et cyberattaques (déclaration SSI via portail des signalements)  Autre (préciser) : |  | |
| 1. DESCRIPTION DE L’EVENEMENT   **Date et heure des faits :** Le / / A H  **Lieu (préciser si unité/service particulier) :**  **Description des faits** **anonymisés :** *(🖝 ne pas inscrire de nom d’usager, de professionnel ou de tiers)* |

|  |
| --- |
| 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* Le représentant légal est-il informé ? *oui**non*  **Analyse des risques :**  Risque de reproductivité ?*oui**non*  Risque contentieux immédiat?*oui**non*  L’évènement semble-t-il maitrisé ?*oui**non*  *Si non maitrisé, préciser pourquoi* :    Risque médiatique ?*oui**non*  *Si oui, préciser pourquoi :* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. CONSEQUENCES CONSTATEES   **Pour les personnes prises en charge :**  Conséquence bénigne  Aggravation de l’état de santé du patient nécessitant son hospitalisation\*  Décès du patient\*  *\* Conformément au décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, sur la base de l’analyse des premiers éléments, l’ARS pourra demander une déclaration d’évènement indésirable grave associé aux soins via le portail* [*signalement-sante.gouv.fr*](https://signalement.social-sante.gouv.fr)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Pour les personnels :**  Interruption temporaire de travail  Empêchement de venir sur le lieu de travail  Réquisition  Autre, à préciser : …………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |  | |  | | | | | |   **Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure :**  Difficultés d'approvisionnement  Difficultés d'accès à la structure ou lieu de prise en charge  Nécessité de déplacer les résidents  Suspension d'activité  Intervention des forces de l'ordre ou des secours  Autre, à préciser : ………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. ACTIONS MISES EN OEUVRE   **Mesures de gestion immédiate prises par l’établissement :**  - Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées :  - Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant :  - A l’égard des autres personnes prises en charge ou du personnel (information générale, soutien psychologique...) :  **Mesures correctives envisagées :** |

|  |
| --- |
| **AUTORITE(S) INFORMEE(S)**  **Préfet :  DDCS-PP :  Conseil départemental :  Procureur :**  **Autres :  ……………………………….** |