

FICHE N°.....

Création : Appui Santé du Pays de Fougères – MAIA Haute Bretagne

Personne déclarante

Nom : Prénom :
 Tél : ____/____/____/____
 Fonction :
 Lieu d'exercice :
 Date du signalement :/...../.....

Evènement

Date :/...../.....
 Lieu :

L'évènement concerne ...

Un usager et ou un professionnel ou structure

H F
 Etablissement Domicile

Nom :
 Lieu d'exercice :

Description de l'évènement

Décrivez ce qu'il s'est passé de manière chronologique et précise.

Actions immédiatement entreprises

Décrivez ce que vous avez fait pour pallier immédiatement au problème et ce que vous proposez

Actions correctives proposées

Pour éviter que cela ne se reproduise

Causes possibles de l'évènement

D'après-vous, quels sont les facteurs à l'origine de cet évènement ?

Estimation de la gravité	Estimation de la fréquence
<input type="checkbox"/> Mineur	<input type="checkbox"/> Exceptionnel (moins d'une fois /an)
<input type="checkbox"/> Modéré	<input type="checkbox"/> Rare (1 à 3 fois /an)
<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Peu fréquent (au moins 1 fois /trimestre)
<input type="checkbox"/> Critique	<input type="checkbox"/> Fréquent (au moins 1 fois /mois)
<input type="checkbox"/> Catastrophique	<input type="checkbox"/> Très fréquent (au moins 1 fois /semaine)
Cf document indicateur de gravité	

Reçu le :/...../..... Par :

Analysé le :/...../..... Par :

Réponse apportée au déclarant le :/...../.....