**Déclaration d'un évènement indésirable**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTITE DU DECLARANT** | | | | | |
| Emetteur  ………………………………………. | | Votre fonction  ………………………………………. | Votre service  ………………………………………. | | |
| **DESCRIPTION DE L’INCIDENT** | | | | | |
| Date de l’évènement  …………………………… | Quelle est l’identité de la personne concernée par l’évènement (autre que le déclarant)  …………………………………………………………………………………………… | | | | |
| Description des faits | ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… | | | | |
| Description des actions immédiates réalisées | ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………… | | | | |
| Pièce(s) jointe(s) éventuelle à la déclaration  (Si oui, indiquer le nombre de fichiers transmis) | | | | Oui  Nombre  ……………….. | Non |
| Y a-t-il eu un autre type de déclaration liée à cet événement (réclamation, accident...) | Accident du travail (professionnel)  Aucune  Autre  Déclaration d’accident (patient)  Réclamation patient | | | | |
| Si vous avez coché "autre", merci de préciser :  ………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | |
| **COTATION DE L’INCIDENT PAR LE DECLARANT** | | | | | |
| Comment estimez-vous la GRAVITE de l'événement ? | 1 – Supportable (défaillance faible, pas de risque pour l’homme ou pour l’établissement | | | | |
| 2 – Réversible (défaillance notable, pas de risque pour l’homme ou pour l’établissement) | | | | |
| 3 – Irréversible (défaillance perturbant gravement l’organisation, risque non négligeable pour l’homme ou l’établissement | | | | |
| 4 – Fatale (défaillance grave et/ou risque important de blessure ou de mort ou préjudice grave pour l’établissement) | | | | |
| Je ne sais pas | | | | |
| Comment estimez-vous la FREQUENCE de l'événement ? | 1 – Exceptionnel (de 0 à 10 défaillances par an) | | | | |
| 2 – Peu fréquent (plus d’une par mois et moins d’une par semaine) | | | | |
| 3 – Fréquent (plus d’une par semaine et moins d’une par jour) | | | | |
| 4 – Très fréquent (plus d’une défaillance par jour) | | | | |
| Je ne sais pas | | | | |
| Comment estimez-vous les moyens de PREVENTION liés à cet événement ? | 1 – Totale (toutes les mesures de prévention nécessaires sont en place et efficaces) | | | | |
| 2 – Incomplète (plus de la moitié des mesures de préventions sont en place et efficaces) | | | | |
| 3 – Partielle (moins de la moitié des mesures de prévention sont en place et efficaces) | | | | |
| 4 – Inexistante (des mesures de prévention sont programmées mais pas déployées, ou aucune mesure de prévention n’est en place) | | | | |
| Je ne sais pas | | | | |

**Document complété à renvoyer à : qualite@aural.fr**