**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**