PASQUAL
PACA Sécurité Qualité
ieSS

Modèle de formulaire de déclaration d'un EIGS

- Volet 1 -

Document actualisé le 29/05/2019

→ *Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration*
→ *Déclaration à effectuer SANS DELAI sur le portail national de signalement*

Les champs sont obligatoires*

INFORMATIONS SUR LE DECLARANT	
Catégorie déclarant* :	☐ Etablissement de santé ☐ Etablissement médico-social ☐ Professionnel de santé
Vous déclarez en qualité de* :	☐ Représentant de la structure dans laquelle a été constatée l'EIGS ☐ Professionnel de santé médical ☐ Professionnel de santé paramédical ☐ Autre profession
Veuillez préciser votre catégorie professionnelle*	☐ Médecin ☐ Aide-soignant ☐ Pharmacien ☐ Infirmier ☐ Chirurgien-dentiste ☐ Kinésithérapeute ☐ Sage-femme ☐ Autre
Nom*	
Prénom*	
Téléphone*	
Adresse électronique*	
Nom de l'établissement de la structure ou du service d'exercice*	

INFORMATIONS SUR LE PATIENT/RESIDENT EXPOSE A L'EIGS	
Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'événement*	*Texte libre*
Sexe*	☐ M ☐ F
Age (tranche) * :	☐ De 0 à 1 ans ☐ De 1 à 2 ans ☐ De 2 à 3 ans ☐ De 3 à 5 ans ☐ De 5 à 10 ans ☐ De 10 à 15 ans ☐ De 15 à 20 ans ☐ De 20 à 30 ans ☐ De 30 à 40 ans ☐ De 40 à 50 ans ☐ De 60 à 70 ans ☐ De 70 à 80 ans ☐ De 80 à 90 ans ☐ De 90 à 100 ans ☐ De 100 à 110 ans ☐ De 110 à 120 ans ☐ De 120 à 130 ans

CIRCONSTANCES DE L'EVENEMENT	
Date de constat de l'évènement * :	
Lieu de constat de l'évènement * :	*Texte libre*
Le lieu de constat est-il différent du lieu de survenue de l'évènement ? *	☐ Oui ☐ Non
Département de survenue * :	
Qu'avez-vous constaté ? *	*Texte libre*
Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée ? *	☐ Décès ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Probable déficit fonctionnel permanent
Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ?	*Texte libre*
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ?	*Texte libre*
Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet évènement ?	*Texte libre*

LES AUTRES CONSEQUENCES CONSTATEES AU MOMENT DE LA DECLARATION	
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné
Si oui, précisez *	*Texte libre*
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour la structure ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné
Si oui, précisez *	*Texte libre*
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu d'autres conséquences ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné
Si oui, précisez *	*Texte libre*

MESURES IMMEDIATES PRISES POUR LE PATIENT/RESIDENT	
Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient / résident ? *	☐ Oui ☐ Non
Si "oui" veuillez indiquer si les mesures prises concernent ? *	☐ Les soins ☐ Les matériels ☐ L'organisation ☐ Autres mesures
Détaillez les mesures prise*	*Texte libre*
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

MESURES IMMEDIATES PRISES POUR LES PROCHES	
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches ? *	☐ Oui ☐ Ne sais pas ☐ Non ☐ Sans objet

AUTRES MESURES	
Y-a-t-il déjà eu une réunion entre l'équipe soignante concernée et l'équipe de direction ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
Y-a-t-il déjà eu des mesures prises pour le soutien du personnel ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet
Une information a-t-elle été communiquée ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
Si oui, à qui ? *	☐ A d'autres agences sanitaires ☐ A l'autorité de police ☐ A d'autres administrations ☐ A l'autorité judiciaire
Pensez-vous que l'évènement soit maîtrisé ? *	☐ Oui ☐ Non ☐ En cours

ORGANISATION POUR REALISER L'ANALYSE DE L'EIGS	
Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS *	*Texte libre*
Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaires à l'analyse approfondie de cet évènement ? *	☐ Oui ☐ Non
Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS ? *	☐ Oui ☐ Non