

N° de l'événement :
N° du dossier :

Date de création : 2021-05-25
Code utilisateur : Marie-Josée02

N° de l'événement

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° du formulaire



Système source :

Région :

Établissement :

Installation :

Mission : ☐ CH ☐ CHSLD ☐ CPEJ ☐ CLSC ☐ CRD ☐ CRDI ☐ CRDP

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement

	Date	Heure	Précision sur l'heure
Événement :			
Constat :			
Milieu de service :			
Centre d'activité :			
Endroit précis :			
Autre endroit :			

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :

Si "Aucune" (passez à la section 2)

Date de naissance	N° dossier	N° chambre

Nom à la naissance Prénom

Nom du conjoint(e) Prénom du conjoint(e)

Adresse

Sexe :

Code postal Téléphone Poste N° d'ass. maladie

Nom du médecin traitant Prénom du médecin traitant

Information sur l'usager

Curatelle : ☐ Non ☐ Oui Si oui : ☐ Privée ☐ Publique

Type de déficience : ☐ Aucune ☐ Auditive ☐ Cognitive ☐ Intellectuelle ☐ Langage ☐ Motrice ☐ Multidéficiences
☐ Physique ☐ Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Capacité de déplacement : Surveillance requise :

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement

(sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)

A- Chute : ☐ Chute ☐ Quasi-chute (décrivez les circonstances précises - veuillez sélectionner le bouton approprié)

☐ Bain/douche ☐ Chaise/fauteuil ☐ Civière ☐ En circulant ☐ Escalier ☐ Lève-personne
☐ Lit ☐ Lors d'activités ☐ Lors d'un transfert ☐ Toilette ☐ Trouvé par terre ☐ Autre

Autre (précisez) :

B- Erreur de : ☐ Médicament ☐ Traitement/intervention ☐ Diète

☐ Allergie connue ☐ Conservation/entreposage ☐ Disparition/décompte ☐ Disponibilité ☐ Dose/débit
☐ Heure/date d'administration ☐ Identité de l'usager ☐ Infiltration/extravasation ☐ Non-respect d'une procédure/protocole ☐ Omission
☐ Péremption ☐ Trouvé ☐ Type/sorte/texture/consistance ☐ Voie d'administration ☐ Autre

Autre (précisez) :

Médicament/diète/traitement/intervention qui a effectivement été administré

Médicament/diète/traitement/intervention prescrit qui aurait dû être administré

Autres renseignements :

C- Test diagnostique : ☐ Laboratoire ☐ Pré-analytique ☐ Analytique ☐ Post-analytique

Circonstance : ☐ Description ☐ Erreur de saisie liée à l'ordonnance ☐ Erreur liée à l'identification ☐ Non respect d'une procédure ☐ Autre

Autre (précisez) :

Identification

Identification

C- Test diagnostique : ☐ Imagerie

N° de l'événement : 2122-0084036

Date de création : 2021-05-25

N° du dossier :

Code utilisateur : Marie-Josée02

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|---|
| ☐ Angiographie | ☐ Échographie | ☐ Fluoroscopie | ☐ IRM (imagerie par résonnance magnétique) | ☐ Mammographie |
| ☐ Ostéodensitométrie | ☐ Radiographie | ☐ SPECT (tomographie d'émission monophotonique) | ☐ Stéréotaxie | ☐ TEP SCAN (tomographie par émission de positrons) |
| ☐ Tomodensitométrie | ☐ Autre | | | |

Autre (précisez) :

Type : ☐ Dose ☐ Examen prescrit ☐ Identité de l'utilisateur ☐ Qualité de l'image clinique ☐ Protocole administré ☐ Réaction indésirable ☐ Autre

Autre (précisez) :

Examen/protocole qui a effectivement été administré

Examen/protocole prescrit qui aurait dû être administré

Autres renseignements :

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

- ☐ Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) ☐ Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)

E- Problème de : ☐ Matériel ☐ Équipement ☐ Bâtiment ☐ Effet personnel

Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :

- | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---|
| ☐ Bris/défectuosité | ☐ Dégât d'eau | ☐ Disparition/perte | ☐ Disponibilité | ☐ Incendie | ☐ Panne d'ascenseur | ☐ Panne électrique |
| ☐ Panne informatique | ☐ Panne système télécom | ☐ Programmation | ☐ Salubrité | ☐ Stérilité/bris d'asepsie | ☐ Utilisation non conforme | ☐ Autre |

Autre (précisez) :

F - Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

- ☐ Abus ☐ Agression ☐ Harcèlement ☐ Intimidation

Type : ☐ Physique ☐ Psychologique/verbal ☐ Sexuel ☐ Financier

G - Autres types d'événements

Autre (précisez) :

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

- ☐ Aucune ☐ Psychologiques ☐ Physiques ☐ Autre (précisez) :

Conséquence(s) psychologique(s)

Conséquence(s) physique(s)

Partie(s) du corps atteinte(s)

Autre(s) partie(s) du corps :

Description détaillée des conséquences :

Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s), personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Type d'intervention ou de mesure

Type d'intervention ou de mesures

Précisions :

Personne(s) avisée(s)

Nom

Prénom

Fonction

Heure

				☐ Visite faite
				☐ Visite faite
				☐ Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant

Nom	Prénom	Titre ou fonction	Poste	N° de permis	Signature	Date du rapport