

Volet 1 : Déclaration

Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement signalement.sante.gouv.fr

la fiche présente toutes les informations qui seront demandées lors de la déclaration qui sera faite électroniquement en ligne



Informations sur le déclarant

Catégorie déclarant* :	<input type="checkbox"/> Administrations <input type="checkbox"/> Associations <input type="checkbox"/> Éducation nationale <input type="checkbox"/> Établissement scolaire, d'enseignement et de garde d'enfants <input type="checkbox"/> Établissements de santé <input type="checkbox"/> Établissements médico-sociaux <input type="checkbox"/> Professionnel de santé libéral <input type="checkbox"/> Services de secours (SDIS, CODIS, Sécurité civile) <input type="checkbox"/> Autres
Vous déclarez en qualité de ? *	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé médical <input type="checkbox"/> Professionnel de santé paramédical <input type="checkbox"/> Représentant de la structure dans laquelle a été constaté l'évènement <input type="checkbox"/> Autre profession
Veillez préciser votre catégorie professionnelle* :	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Aide-soignant <input type="checkbox"/> Autre
Nom* :	
Prénom* :	
Téléphone* :	
Adresse électronique* :	
Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice* :	



Informations sur le patient / résident exposé à l'EIGS

Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'évènement ?* :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Âge (tranche) :	
En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'EIGS en semaines d'aménorrhée (SA) :	



Circonstances de l'évènement

Date de constat non connue	<input type="checkbox"/>
Date de constat de l'évènement* :	. . / . . /
Lieu de constat de l'évènement* :	
Le lieu du constat est-il différent du lieu de survenue de l'évènement* ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Région de survenue* :	<input type="checkbox"/> Auvergne-Rhône-Alpes <input type="checkbox"/> Guyane <input type="checkbox"/> Bretagne <input type="checkbox"/> La Réunion <input type="checkbox"/> Bourgogne-Franche-Comté <input type="checkbox"/> Martinique <input type="checkbox"/> Centre-Val de Loire <input type="checkbox"/> Mayotte <input type="checkbox"/> Corse <input type="checkbox"/> Normandie <input type="checkbox"/> Grand Est <input type="checkbox"/> Nouvelle Aquitaine <input type="checkbox"/> Guadeloupe <input type="checkbox"/> Occitanie <input type="checkbox"/> Hauts-de-France <input type="checkbox"/> Pays de la Loire <input type="checkbox"/> Île-de-France <input type="checkbox"/> Provence-Alpes-Côte d'Azur
Qu'avez-vous constaté* ? :	<p><i>Décrire de façon détaillée les faits qui sont survenus de façon chronologique en mettant en évidence les acteurs, les lieux, les matériels, les informations, les pratiques impliqués.</i></p>
Quelles sont les conséquences constatées pour la personne exposée* ? :	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Probable déficit fonctionnel permanent
Quel est le diagnostic principal de prise en charge du patient avant la survenue de l'EIGS ? :	
Quel est l'acte de soin impliqué dans l'évènement ? :	
Quelles sont vos premières hypothèses de causes de survenue de cet évènement ? :	



Les autres conséquences constatées au moment de la déclaration

A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel* ? :	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez* :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non concerné
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour la structure* ? :	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez* :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non concerné
A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu d'autres conséquences* ? :	<input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez* :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non concerné



Mesures immédiates prises pour le patient / résident

Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient/résident* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si « oui », veuillez indiquer si les mesures prises concernent* ? :	<input type="checkbox"/> Les soins <input type="checkbox"/> L'organisation <input type="checkbox"/> Les matériels <input type="checkbox"/> Autres mesures		
Détaillez les mesures prises* ? :			
Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident* ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas



Mesures immédiates pour les proches

Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée aux proches* ? :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Sans objet
---	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------



Autres mesures

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



Organisation pour réaliser l'analyse de l'EIGS

Décrivez comment vous allez vous organiser pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS* ? :	
Avez-vous, en interne, les ressources et la compétence nécessaire à l'analyse approfondie de cet évènement* ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Souhaitez-vous l'appui d'une expertise externe pour réaliser l'analyse approfondie de l'EIGS* ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Fin de la première partie

Récapitulatif de votre signalement

Merci de vérifier les éléments de votre signalement avant de l'envoyer.

Important : noter la référence de la déclaration