



DT9034

Nom de l'établissement

CISSS des Laurentides

 CH CHSLD CJ CLSC CRD CRDI CRDP

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

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat						

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :

 Aucune (si oui, passez à la section 2) Usager

Date de naissance N° de chambre N° de dossier

Année Mois Jour

Nom et prénom à la naissance

Nom usuel ou nom du conjoint

Adresse

Code postal Ind. rég. Téléphone Sexe

M F

N° d'assurance maladie

Nom du médecin traitant

Lieu où s'est produit l'événement (précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

Information sur l'usager

 Curatelle : Non Oui Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage
 Si oui : Privée Publique Motrice Multidéficiences Physique Visuelle

Situation préalable

État de la personne : Normal Agité Somnolent Inconnu Désorienté/confus Agressif/violent Comateux

Capacité de déplacement :

 Autonomie : Totale Partielle Dépendance totale Inconnue Surveillance requise : Usuelle Étroite Continue Inconnue

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 cocher la case appropriée)

 Bain/douche Chaise/fauteuil Civière En circulant Escalier Lève-personne Lit Lors d'activités
 Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre 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 (précisez) : _____

a Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements :

C- Test diagnostique :

 Laboratoire
 Pré-analytique Analytique Post-analytique Description Erreur de saisie liée à l'ordonnance
 Erreur liée à l'identification Non respect d'une procédure Autre (précisez) : _____

Identification

Nom de l'utilisateur

N° de dossier

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)**C- Test diagnostique** **Imagerie**

- Angiographie Échographie Fluoroscopie IRM (résonance magnétique) Mammographie Ostéodensitométrie
 Radiographie SPECT (tomographie d'émission monophotonique) Stéréotaxie TEP Scan (tomographie par émission de positrons)

Tomodensitométrie Autre test (précisez) : _____

Type : Dose Examen prescrit Identité de l'utilisateur Qualité de l'image clinique Protocole administré

Réaction indésirable Autre (précisez) : _____

Examen/Protocole **qui a effectivement été administré**Examen/Protocole prescrit **qui aurait dû être administré**

Identification

Identification

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 (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 (veuillez cocher la case appropriée)

- Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.) Automutilation Blessure d'origine connue Blessure d'origine inconnue
 Bris de confidentialité Décompte chirurgical inexact – omis Défaut de port d'équipement/vêtement de protection Désorganisation comportementale (avec blessure)
 Erreur liée au dossier Évasion (garde fermée) Événement en lien avec une activité Événement relié au transport
 Fugue/disparition (encadrement intensif) Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse Lié au consentement Lié à l'identification
 Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions) Obstruction respiratoire Plaie de pression Relation sexuelle en milieu d'hébergement
 Tentative de suicide/suicide Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)
 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) : _____

Décrivez les conséquences physiques (*parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.*), psychologiques ou autres pour la personne touchée :**Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)**

Décrivez les mesures prises :

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
---------------------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------------------

Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant

Précisez les mesures/les actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :

Section 9 : Témoin(s) de l'événement

Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) :

Fonction ou type en lien avec l'utilisateur