



FICHE RECUEIL

D’UN EVENEMENT REMARQUABLE (ER)/INDESIRABLE (EI)

*Continuité des accompagnements entre la Ville et l’Hôpital*

|  |
| --- |
| LE DECLARANT |
| Nom Prénom |  |
| Profession  |  |
| Lieu d’exercice  |  |
| Coordonnées  |  |

|  |
| --- |
| LE PATIENT  |
| Nom Prénom  |  |
| Date de naissance |  |
| Sexe |  |

|  |
| --- |
| CIRCONSTANCES DE L’EVENEMENT  |
| Date de l’évènement |  \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| Lieu de prise en charge initiale | …………………………………….…………………………………….………………………………………………………… |
| Structure ou professionnel ayant pris le relais | …………………………………….…………………………………….………………………………………………………… |
| Autres professionnels présents | …………………………………….…………………………………….………………………………………………………… |
| Nature de l’événement :  | ☐ ER : Evénement remarquable ☐ EI : Organisation des prestations à domicile☐ EI : Médicaments☐ EI : Communication (administratif,…)☐ EI : Evaluation de la situation ☐ EI : Autres: …………..…………………………….…………………………………….……… |
| Fréquence de cette problématique pour le déclarant : Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Toujours |
| Description détaillée de l’événement :  |
| …………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….…….……………………………………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….………………………………. |
| Conséquences : |
| …………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….…….……………………………………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….…………………………………………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….………………………………. |
| Solutions immédiates mises en œuvre et évolutions :  |
| …………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….……………………………….…………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………….………………………………. |
| Gravité si Evénement Indésirable ­ |  **A remplir par l’équipe projet CREX :**  |
| ☐ Mineure G1 : inconfort pour le patient ou la famille | Transmission le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |
| ☐ Significative G2 : angoisse, douleur, incidence faible | Reçu le : \_\_/\_\_/\_\_\_\_  |
| ☐ Majeure G3 : aggravation état de santé, réhospitalisation |  |
| ☐ Critique G4 : séquelles graves | ☐ REPONSE OBTENUE ☐ ANALYSE |
| ☐ Catastrophique G5 : pronostic vital engagé ou décès | ☐ PLAN D’ACTION |