



Fiche de déclaration d'Évènement Indésirable

A l'usage des professionnels de santé adhérents de la CPTS
et à destination de professionnels hospitaliers ou libéraux

Date du signalement	
Nom Prénom Profession du déclarant	
Date de l'évènement indésirable	
Patient concerné (Nom/prénom/Date de Naissance) <i>si nécessaire</i>	
Si établissement précisez : service +/- nom et profession du praticien concerné Si PS libéral précisez : nom et profession	
Description du dysfonctionnement (impact prise en charge patient, coordination/communication entre professionnels et/ou structures de soins etc.) <i>Être le plus précis possible</i>	
Si concerne une prise en charge médicamenteuse, précisez : <i>Nom/Dosage/Posologie/Voie d'administration/Durée du traitement</i>	
Qui a été informé de la situation ?	
L'évènement indésirable a-t-il entraîné une ou des conséquences concernant le parcours patient et/ou l'organisation des soins ?	
Si l'EI est grave (au moins un des critères suivants : décès inattendu, mise en jeu du pronostic vital, risque de séquelle définitive ou potentielle) pensez à le déclarer en plus à l'ARS AURA ici	
Suggestion afin que l'évènement ne se reproduise pas	
Encart réservé à la CPTS	
Date de réception CPTS	
Validation de la fiche (oui/non)	
Date de mise en relation avec les interlocuteurs	