|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://10.133.6.81/signature/imgs_signature/Logo_ARS.png | **FORMULAIRE DE SIGNALEMENT des dysfonctionnements GRAVES et évènements indésirables HORS EIG-S\*** | Version Juin 2021 |
| **Destinataires** | **Etablissements médico-sociaux** |
| **Textes réglementaire** | Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l’obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales |

 \*EIG-S = Evènement Indésirable Grave Associé aux Soins

 Tout évènement indésirable lié à un soin ou à la décision de ne pas faire un soin, inattendu au regard de l’état de santé et de la pathologie du patient, ayant pour conséquence soit la mise en jeu du pronostic vital, le décès ou le risque de déficit fonctionnel permanent

1. **ÉTABLISSEMENT ET SERVICE**

Nom et adresse de l’établissement ou service médico-social :

Numéro FINESS de l'établissement :

Nom du déclarant :

Profession du déclarant :

Tél. : courriel :

Type d’établissement : [ ]  Personnes âgées [ ]  Personnes handicapées

Compétence / tutelle : [ ]  ARS [ ]  Conseil Départemental [ ]  Conjointe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  1. Sinistre ou évènement météorologiques | 2. Accident ou incident lié à une défaillance technique et évènement en santé environnementale | 3. Comportements Violents ou inappropriés |
| [ ] Inondation[ ] Tempête[ ] Incendie[ ] Rupture de fourniture d’électricité, eau[ ]  Autre (préciser) : | [ ]  Pannes prolongées d’électricité[ ]  Panne prolongée de chauffage[ ]  Panne prolongée d’ascenseur[ ]  Epidémie (Hors IRA – GEA)[ ] Intoxication (hors plomb et CO2)[ ]  Légionnelles[ ]  Maladies infectieuses hors MDO[ ]  Autres (préciser) :  | [ ]  Violence entre usagers[ ]  Violence usagers envers le personnel[ ]  Comportement inapproprié d’ordre sexuel[ ]  Manquements graves aux règlements du lieu d’hébergement de la structure qui compromettent la prise en charge des personnes accueillies[ ]  Autre (préciser) : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance  | 5. Perturbation du fonctionnement de la structure liée à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches /personnes extérieures à la structure | 6. Perturbation dans l’organisation du travail et gestion des ressources humaines |
| [ ]  Non-respect de la prescription, erreur dans la dispensation ou l’administration du médicament\*[ ]  Disparition inquiétante/fugue de personnes accueillies\**(Service de police ou gendarmerie alertés)* [ ]  Suicide*\** [ ]  Tentative de suicide*\** [ ]  Décès accidentels *(chute, accident de contention…) \**[ ] Autre défaut de soin (préciser) :[ ]  Autre défaut de surveillance (préciser) : | [ ]  Situations conflictuelles avec un ou des tiers (difficultés relationnelles récurrentes avec les familles) [ ]  Autre (préciser) : | [ ]  Mouvements sociaux[ ]  Sécurité des établissements et des organismes (malveillance, vols des biens des résidents, vols du matériel)[ ]  Absences imprévues de plusieurs professionnels[ ]  Autre (préciser) : |
| 7. Situation de maltraitance | 8. Actes de malveillance |  |
| [ ]  Physique[ ]  Sexuelle[ ]  Psychologique[ ]  Médicale ou médicamenteuse[ ]  Privation de droit[ ]  Comportement d’emprise[ ]  Négligence grave [ ]  Autre (préciser) : | [ ]  Détérioration volontaire des locaux[ ]  Détérioration volontaire des équipements/matériel[ ]  Vols [ ]  Sécurité des réseaux et cyberattaques (déclaration SSI via portail des signalements)[ ]  Autre (préciser) : |  |

**II. Circonstances et déroulements des faits**

Date et heure des faits : / / H

Lieu (préciser si unité/service particulier) :

Nombre de victimes déclarées :

Nombre de victimes présumées :

Description des faits : *(🖝 ne pas inscrire de nom d’usager, de professionnel ou de tiers)*

**III. Information faite sur le dysfonctionnement/ evenement AUPRES DE :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La/les personne(s) concernée(s) :  | [ ] OUI | [ ] NON |
| Le représentant légal /proches | [ ] OUI | [ ] NON |
|  |  |

**IV. Conséquences constatées au moment de la transmission de l’information**

* **Pour les personnes prises en charge**

[ ] Conséquence bénigne

[ ] Aggravation de l’état de santé du patient nécessitant son hospitalisation\*

[ ] Décès du patient\*

*\* Conformément au décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, sur la base de l’analyse des premiers éléments, l’ARS pourra demander une déclaration d’évènement indésirable grave associé aux soins via le portail* [*signalement-sante.gouv.fr*](https://signalement.social-sante.gouv.fr)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **Pour les personnels**

[ ] Interruption temporaire de travail[ ] Empêchement de venir sur le lieu de travail[ ] Réquisition[ ] Autre, à préciser : ……………………………………………………………………………………………………………………….. |  |   |  |  |  |
|  |

* **Pour l'organisation et le fonctionnement de la structure**

[ ] Difficultés d'approvisionnement

[ ] Difficultés d'accès à la structure ou lieu de prise en charge

[ ] Nécessité de déplacer les résidents

[ ] Suspension d'activité

[ ] Intervention des forces de l'ordre ou des secours

[ ] Autre, à préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………..

**V. MESURES IMMEDIATES PRISES PAR LA STRUCTURE** (à préciser par le responsable de la structure)

- Pour protéger, accompagner ou soutenir les personnes victimes ou exposées :

- Pour assurer la continuité de la prise en charge, le cas échéant :

- A l’égard des autres personnes prises en charge ou du personnel (information générale, soutien psychologique...) :

**VI. INFORMATION AUX AUTORITÉS ADMINISTRATIVES**

[ ] Préfet [ ] Président Conseil départemental [ ] autre (préciser):

**VII. INFORMATION AUX AUTORITÉS JUDICIAIRES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Les autorités judiciaires ont-elles été informées | [ ] OUI |  | [ ] NON |  |

**Si oui :** Date de saisine : **/  /**

**Auteur de la saisine** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Enquête de police ou gendarmerie  | [ ] OUI |  | [ ] NON |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VIII. REPERCUSSIONS MEDIATIQUES**L'événement peut-il avoir ou a-t-il eu un impact médiatique ? [ ] Oui [ ] Non Si oui, par quel support (à préciser) :Communication effectuée ou prévue? [ ] Oui [ ] Non Si oui, préciser:**IX. Maitrise du risque**Le risque est-il maitrisé ?  [ ] Oui [ ] Partiellement [ ] Non **Actions correctrices envisagées et délais de mise en œuvre ?**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**X. EVOLUTIONS PREVISIBLES OU DIFFICULTES ATTENDUES**



**Formulaire à transmettre sur** **ars45-alerte@ars.sante.fr**