

Volet 1 : Déclaration

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

Les champs * sont obligatoires



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 libéraux <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 ?* :	_
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* ? :	<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>
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

Volet 2 : Analyse des causes

**Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement
3 mois au plus tard après la première partie
signalement.sante.gouv.fr**

Les champs * sont obligatoires

Quel est le numéro de référence du premier volet de déclaration* ?	N° Référence du volet 1* : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------



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 libéraux <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* :	



Lieu de survenue de l'événement

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
Lieu de survenue*	<input type="checkbox"/> ES public <input type="checkbox"/> ES privé <input type="checkbox"/> ESPIC <input type="checkbox"/> ESMS pour personne âgées <input type="checkbox"/> ESMS pour adultes handicapés <input type="checkbox"/> ESMS pour enfants handicapés <input type="checkbox"/> En ville (cabinet de ville, centre de soins, MSP) <input type="checkbox"/> Domicile du patient <input type="checkbox"/> Autre Si autre, veuillez préciser : _____
Activité concernée en établissement de santé ou structure de soins de ville concernée*	<input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> SLD <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Cancérologie <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Plateau technique interventionnel <input type="checkbox"/> Cabinet de ville <input type="checkbox"/> Centre de soins <input type="checkbox"/> Maison de santé <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____

Informations sur la prise en charge

Quel est le diagnostic principal de prise en charge avant l'EIGS ? (associé aux soins délivrés)	<i>Si possible, merci de préciser le code CIM10.</i>
Avant la survenue de l'EIGS, quelle était la complexité de la situation clinique¹ du patient ?*	<i>Niveau de complexité de la prise en charge du patient avant la survenue de l'événement. La complexité peut être appréciée en fonction : de l'incertitude diagnostique, de la lourdeur des moyens diagnostiques ou thérapeutiques à mettre en œuvre, du caractère inhabituel de la stratégie thérapeutique (par exemple : nombre élevé d'intervenants de disciplines différentes), de la charge de travail dévolue à la planification de l'acte et à la coordination des intervenants, etc.)</i> <input type="checkbox"/> Très complexe <input type="checkbox"/> Plutôt complexe <input type="checkbox"/> Non complexe <input type="checkbox"/> Plutôt non complexe <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Quel était le but de l'acte de soins ?	<input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Thérapeutique <input type="checkbox"/> Prévention <input type="checkbox"/> Esthétique <input type="checkbox"/> Non concerné
La prise en charge était-elle programmée ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné

¹ Niveau de complexité de la prise en charge du patient avant la survenue de l'événement. La complexité peut être appréciée en fonction : de l'incertitude diagnostique, de la lourdeur des moyens diagnostiques ou thérapeutiques à mettre en œuvre, du caractère inhabituel de la stratégie thérapeutique (par exemple : nombre élevé d'intervenants de disciplines différentes), de la charge de travail dévolue à la planification de l'acte et à la coordination des intervenants, etc.)

Quel était le degré d'urgence de la prise en charge² avant la survenue de l'événement ?*	<i>Définir l'urgence de l'acte avant la survenue de l'événement selon les degrés suivants : Non urgent, Urgence relative : acte pouvant être reporté de quelques jours, Urgence différée : acte pouvant être reporté de quelques heures, Urgence immédiate : acte devant être réalisé sans délai.</i> <input type="checkbox"/> Non urgent <input type="checkbox"/> Urgence relative <input type="checkbox"/> Urgence différée <input type="checkbox"/> Urgence immédiate <input type="checkbox"/> Non concerné
Renseignez le code CCAM de l'acte médical réalisé :	
Précisez, le cas échéant, si une technique innovante a-t-elle été utilisée ?* (pratique, matériel, clinique, informatique, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez :
Précisez durant quelles périodes particulières l'évènement s'est déroulé ?*	<input type="checkbox"/> Nuit <input type="checkbox"/> Jour férié <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Heure de changement d'équipe <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre



Les causes immédiates et les causes profondes (facteurs favorisants)

Avez-vous identifié une ou des causes immédiates à l'événement ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser lesquelles* :
--------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

² Définir l'urgence de l'acte avant la survenue de l'événement selon les degrés suivants : Non urgent ; Urgence relative : acte pouvant être reporté de quelques jours ; Urgence différée : acte pouvant être reporté de quelques heures ; Urgence immédiate : acte devant être réalisé sans délai.)

<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au patient / résident ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antécédents <input type="checkbox"/> Etat de santé (pathologies, co-morbidités) <input type="checkbox"/> Traitements <input type="checkbox"/> Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux <input type="checkbox"/> Relations conflictuelles <input type="checkbox"/> Autres - Explicitiez votre choix* :
<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés aux tâches à accomplir ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés) <input type="checkbox"/> Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents) <input type="checkbox"/> Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations) <input type="checkbox"/> Définition des tâches <input type="checkbox"/> Programmation, planification <input type="checkbox"/> Autres - Explicitiez votre choix* :
<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés aux professionnels ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Qualifications, compétences <input type="checkbox"/> Facteurs de stress physique ou psychologique <input type="checkbox"/> Autres - Explicitiez votre choix* :

<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'équipe ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Communication entre professionnels <input type="checkbox"/> Communication vers le patient et ses proches <input type="checkbox"/> Informations écrites (dossier patient, ...) <input type="checkbox"/> Transmissions et alertes <input type="checkbox"/> Répartition des tâches <input type="checkbox"/> Encadrement, supervision <input type="checkbox"/> Demandes de soutien ou comportements face aux incidents <input type="checkbox"/> Autre - Explicitez votre choix* :
<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'environnement de travail ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.) <input type="checkbox"/> Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites <input type="checkbox"/> Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux) <input type="checkbox"/> Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance) <input type="checkbox"/> Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences) <input type="checkbox"/> Charge de travail, temps de travail <input type="checkbox"/> Retards, délais <input type="checkbox"/> Autre - Explicitez votre choix* :

<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés à l'organisation et au management ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels) <input type="checkbox"/> Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant <input type="checkbox"/> Politique de formation continue <input type="checkbox"/> Gestion de la sous-traitance <input type="checkbox"/> Politique d'achat <input type="checkbox"/> Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement <input type="checkbox"/> Ressources financières <input type="checkbox"/> Autre - Explicitez votre choix* :
<p>Avez-vous identifié des facteurs favorisants liés au contexte institutionnel ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préciser le(s)quel(s)* : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Politique de santé publique nationale <input type="checkbox"/> Politique de santé publique régionale <input type="checkbox"/> Systèmes de signalement <input type="checkbox"/> Autre - Explicitez votre choix* :



Éléments de sécurité ou « barrières »

<p>Avez-vous identifié des mesures "barrières" qui ont fonctionné (en limitant la gravité de l'évènement) ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui, précisez lesquelles*</p> <p>Veillez nous décrire toutes les informations utiles à l'analyse de l'évènement :</p>
<p>Avez-vous identifié des mesures "barrières" qui n'ont pas fonctionné et qui auraient pu empêcher la survenue de l'évènement ou limiter ses conséquences ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable</p> <p>Si oui, précisez lesquelles*</p> <p>Veillez nous décrire toutes les informations utiles à l'analyse de l'évènement :</p>

Comment qualifieriez-vous le caractère évitable³ de cet événement ?*	<input type="checkbox"/> Inévitable	<input type="checkbox"/> Probablement inévitable
	<input type="checkbox"/> Évitable	<input type="checkbox"/> Probablement évitable



Mesures prises et envisagées (plan d'actions)

Des actions ont-elles été mises en œuvre ou vont-elles être mises en œuvre ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez lesquelles et leurs échéances* :
Un suivi des actions est-il prévu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez comment* :
Des mesures d'accompagnement du patient et/ou de ses proches ont-elles été mises en place ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Commentez votre réponse* :



Réalisation de l'analyse

L'analyse a-t-elle été réalisée collectivement ?*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser avec qui (fonctions)* :
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

³ Le caractère évitable d'un événement peut se définir par le fait qu'il ne se serait pas produit si les actions entreprises avaient été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante au moment de la survenue de l'événement. La nature évitable d'un événement va donc déboucher sur la mise en place d'actions visant à l'empêcher de se reproduire.

<p>Avec quelle méthode/organisation a été réalisée l'analyse approfondie de l'EIGS ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> RMM <input type="checkbox"/> CREX <input type="checkbox"/> REMED <input type="checkbox"/> ALARM</p> <p><input type="checkbox"/> Groupes de pairs</p> <p><input type="checkbox"/> Autre → précisez* :</p>
<p>Avez-vous bénéficié de l'appui d'une expertise ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, laquelle* :</p> <p><input type="checkbox"/> SRA <input type="checkbox"/> OMEDIT <input type="checkbox"/> ARLIN <input type="checkbox"/> CCLIN</p> <p><input type="checkbox"/> Structure gestion des risques de mon établissement</p> <p><input type="checkbox"/> Autre → précisez :</p>

Fin de la deuxième partie

Récapitulatif de votre signalement

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