Réinitialiser le formulaire

Imprimer le formulaire

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

Élaboré à partir du formulaire AH-223 du MSSS (2014-02) par le

CRDITED DE MONTRÉAL
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :
Aucune (si oui, passez à la section 2) Usager

Date de naissance (Année / Mois / Jour)	N° chambre	N° dossier SIPAD

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

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

	Date (Année / Mois / Jour)	Heure (Heure / Min.)	
Événement			Réelle / Estimée / Indéterminée
Constat			

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
Si oui : Privée Publique

Type de déficience : Aucune ■ Auditive ■ Cognitive Intellectuelle ■ Langage ■ 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 ■ Inconnu

Surveillance requise : Usuelle Étroite Continuelle ■ 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/diète **qui aurait dû être administré**			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure
			h				h
			h				h
			h				h
			h				h
			h				h

Autres renseignements :

C- Test diagnostic :

■ **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

Section 4 : Type d'événement *(faire un choix de A à G)*

C- Test diagnostic :

■ **Imagerie**

■ Angiographie ■ Échographie ■ Fluoroscopie ■ IRM (résonance magnétique) ■ Mammographie ■ Ostéodensitométrie
■ Radiographie ■ SPECT (topographie d'émission monophotonique) ■ Stéréotaxie ■ TEP Scan (tomographie par émission de positrons)
■ Tomodensitométrie ■ Autre test (précisez) : _____

Type : ■ Dose ■ Examen prescrit ■ Identité de l'usager ■ Qualité de l'image clinique ■ Protocole administré
■ Réaction indésirable ■ Autre (précisez) : _____

Examen/Protocole **qui a effectivement été administré**	Examen/Protocole **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 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 comportemental (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 : h	☐ Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure : h	☐ Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure : h	☐ Visite faite

Section 7 : Nom du déclarant *(une seule personne)*

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	Tél. et nº de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
		- #		

SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE

Cette page ne doit pas être classée au dossier de l'usager.

(Le déclarant doit remplir les sections 8 et 9)

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'usager

(Le gestionnaire responsable du suivi doit remplir les sections 10 à 13)

Section 10 : Causes possibles

☐ Inconnues ☐ Environnementales ☐ Liées à l'organisation du travail ☐ Liées à la personne touchée ☐ Liées à un fournisseur

☐ Liées aux facteurs humains ☐ Autres types de causes (précisez) :

Précisez :

Lorsque erreur de médication, précisez l'étape du circuit

☐ Approvisionnement ☐ Émission de l'ordonnance ☐ Traitement de l'ordonnance

☐ Gestion de la médication à l'unité de soins/service/ressource d'hébergement

Section 11 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi

☐ À l'endroit de l'usager ☐ À l'endroit du personnel ☐ À l'endroit d'un intervenant contractuel

☐ Autre (précisez) :

Autre mesure préventive :

Nom du gestionnaire ou responsable	Titre ou fonction	Tél. et nº de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
		- #		

Section 12 : Gravité

Incident		Accident									Événement sentinelle	
☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ E1	☐ E2	☐ F	☐ G	☐ H	☐ I	☐ Indéterminée	☐ Oui	☐ Non

Section 13 : Divulgation *(obligatoire pour E1 à I)*

Divulgation : ☐ N/A ☐ Faite Documentation : ☐ Au dossier ☐ Sur le Rapport de divulgation

Personne(s) à qui est faite la divulgation	Nom, prénom de la personne responsable de la divulgation	Date (année, mois, jour)
☐ Usager ☐ Curatelle ☐ Représentant légal ☐ Parents/proches ☐ Autre		