

N° de l'événement

# RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° du formulaire

Remplir les champs OBLIGATOIRES surlignés en orange



## Section 1 : Identification de la personne touchée

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

Année Mois Jour N° de chambre

**Insérer la date de naissance, les initiales de l'usager et son numéro de dossier.**

Adresse

Code postal Ind. rég. Téléphone

N° d'assurance maladie Nom du médecin traitant

Nom de l'établissement

CH  CHSLD  C.J  CLSC  CRD  CRDI  CRDP

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

Cocher une case

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input checked="" type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	

Lieu où s'est produit l'événement (préciser le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) : Indiquer le nom de la RI-RTF et l'endroit précis où s'est produit l'événement Ex.: chambre

Information sur l'usager

Curatelle :  Non  Oui Type de déficience :  Aucune  Auditve  Cognitive  Intellectuelle  Langage

SI oui :  Privée  Publique  Motrice  Multidéficiences  Physique  Visuelle

Situation préalable

État de la personne :  Normal  Agité  Somnolent  Inconnu  Désorienté/confus  Agressif/Violent  Comateux

Capacité de déplacement :  Totale  Partielle  Dépendance totale  Inconnu Surveillance requise :  Usuelle  Étroite  Continue  Inconnue

## Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, ni jugement, ni accusation, non nominatif)

- Écrire lisiblement et sans abréviation.  
- Si un 2e usager est impliqué, l'identifier par son numéro de dossier.

## Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G) Cocher un seul type d'événement et vous référer aux Aide-mémoires

A- Chute :  Chute  Quasi-chute (décrivez les circonstances précises – veuillez cocher la case appropriée)

Bain/douche  Chaise/fauteuil  Civière  En circuitant  Escalier  Lève personne  Lit  Lors d'activités

Lors d'un transfert  Toilette  Trouvé par terre  Autre (précisez) :

B- Erreur de :  Médicament  Traitement/intervention  Diète Pour ce type, remplir a et b

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/son/texture  Voie d'administration

Autre (précisez) :

a Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b Médicament/traitement/intervention prescrit/diète qui aurait dû être administré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements :

C- Test diagnostique :

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 diagnostique**

**Imagerie**

Angiographie     Échographie     Fluoroscope     IRM (résonance magnétique)     Mammographie     Ostéodensitométrie

Radiographie     SPECT (tomographie d'émission monophotonique)     Stéréotaxie     TEP Scan (tomographie par émission de positrons)

Tomodensitométrie     Autre test (précisez) : \_\_\_\_\_

Type :  Dose     Examen prescrit     Identité de l'utilisateur     Qualité de l'image clinique     Protocole administré

Réaction indésirable     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Examen/Protocole qui a effectivement été administré	Examen/Protocole prescrit 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 unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMU)

**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     Décompense chirurgicale inexact – omis     Défaut de port d'équipement/vêtement de protection     Désorganisation componentale (avec blessure)

Erreur liée au dossier     Évasion (garde fermée)     Événement en lien avec une activité     Événement relié au transport

Fugue/départ (enlèvement inattendu)     Intoxication suite à consommation de drogue/alcool ou substance dangereuse     Lié au consentement     Lié à l'identification

Lié aux mesures de contrôle (solement et contentions)     Obstruction respiratoire     Perte 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 (plaie au corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :**

**Conséquences psychologiques:**  
Ex.: agitation/désorganisation, anxiété, confusion, délire, hallucinations, etc.

**Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)**

**Décrivez les mesures prises :**

**Mesures:**  
Ex.: Soins apportés sur place, ajout de personnel, augmentation de la surveillance, contact pharmacien- ambulance- intervenant- gestionnaire de garde- Info-Santé- Centre antipoison

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

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

Nom du déclarant (en lettres moulées)	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)

**Personne qui constate l'événement**

**SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE**

**(Le déclarant doit remplir les sections 8 et 9)**

**Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant**

**Décrivez les mesures/les actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :**

- Indiquer les mesures prises pour améliorer le fonctionnement interne de la ressource.  
- Suggérer des pistes d'amélioration au CISSS.

**Section 9 : Témoin(s) de l'événement (Personne autre que le déclarant)**

Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) :	Fonction ou type en lien avec l'utilisateur