

Fiche de déclaration d’un évènement indésirable transfert

Pour améliorer l’organisation et le déroulement des transferts, merci de compléter LISIBLEMENT cette fiche.

Elle sera analysée par la coordination du Réseau qui vous recontactera si besoin pour plus de précisions.

**Le compte-rendu rédigé après l’analyse de ces EI avec les différents professionnels impliqués sera totalement anonymisé** (éléments directement ou indirectement nominatifs du patient, des praticiens, des établissements).

**Le bilan des incidents** **analysés** sera fait sur les données anonymes dans le cadre de la Commission transfert du Réseau Périnatal Lorrain.

**ORIGINE DU SIGNALEMENT**

**Date et heure de l’incident :**

Nom du déclarant : Fonction :

Etablissement : Service :

Téléphone où l’on peut vous joindre :

Autre(s) structure(s) impliquée(s) :

NOM des professionnels à inviter pour l’analyse (tous établissements confondus : GO, AR, pédiatres, SF…) :

**CARACTERISTIQUES DE L’INCIDENT**

Type de transfert :

* Materno-foetal  • Rapprochement de domicile mère
* Néonatal  • Rapprochement de domicile enfant
* Maternel post-partum  • Rapprochement mère- enfant

Plateforme SAMU concernée :

* SAMU 51
* Autre  -- Préciser :

Transporteur concerné :

* SMUR 54
* SMUR 55
* SMUR 57
* SMUR 88
* Privé  -- Préciser :

**CARACTERISTIQUES DE L’INCIDENT (suite)**

**- Evénement indésirable grave ?** oui  non

**Définition HAS :** « Evénement inattendu au regard de l’état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d’un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale ».

**- Déclaré à l’ARS ?** oui  non

**INSTRUCTION N° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017** relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d’appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients

**- RMM réalisé en intra ?** oui  non

**- Si oui, mesures immédiates prises pour corriger le dysfonctionnement :**

**DESCRIPTION ET CONSEQUENCES DU DYSFONCTIONNEMENT**

Résumé de l’histoire clinique :

Niveau de gravité estimé pour le patient :

*Pour plus de détails, cf. page 2 de la Procédure de déclaration des EI*

1 2  3  4 5

*Mineur -------------------------------------------------------------------------------- Catastrophique*

Propositions correctives éventuelles du déclarant :