

Formulaire à usage exclusif des professionnels de santé libéraux et salariés d'autre établissement.

Mode dégradé pour les professionnels salariés de l'HAD : ce formulaire doit être utilisé en cas d'impossibilité d'accéder à l'application Blue Kango (absence de codes d'accès, application indisponible)

Cette fiche doit être transmise dans les 48 heures au responsable d'exploitation de l'établissement HAD concerné et/ou au service qualité de la filière.

Date de survenue de l'évènement : Heure de survenue de l'évènement :

Lieu : Domicile du patient EHPAD HAD Siège MFANPDC Autre :

PERSONNE DECLARANT L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

NOM, Prénom du déclarant : Fonction :

Professionnel libéral

Autre (société d'aide à domicile, prestataire ...) :

SERVICE(S) / PERSONNE(S) CONCERNÉE(S) PAR L'ÉVÈNEMENT

Site responsable de l'évènement : HAD Calais HAD Saint-Omer HAD Douai HAD Cambrai HAD Dunkerque

Personne(s) concernée(s) : Entourage Libéraux Médecin Patient Salarié de l'HAD

Autre établissement Nom de l'établissement :

Prestataire Nom du prestataire :

Numéro du dossier Patient : Nom et prénom du patient :

QUE S'EST-IL PASSÉ ?

Type d'évènement indésirable		L'évènement est-il déjà survenu ?
<input type="checkbox"/> Hygiène <input type="checkbox"/> Circuit du médicament <input type="checkbox"/> Circuit du dispositif médical <input type="checkbox"/> Dossier patient	<input type="checkbox"/> Prise en charge patient <input type="checkbox"/> Gestion des déchets <input type="checkbox"/> Identitovigilance <input type="checkbox"/> Relations Autre :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Décrivez l'évènement indésirable		Action(s) immédiate(s)
		Proposition d'amélioration

Personne(s) prévenue(s) :

Date de déclaration : Signature :

Transmission de la FEI : Responsable d'exploitation Service qualité

La FEI est à envoyer par mail ou photo à l'adresse suivante → qualite@feelvie.fr