

## Volet 1 : Déclaration

Attention : la déclaration est à effectuer obligatoirement sur le portail de signalement [signalement.sante.gouv.fr](http://signalement.sante.gouv.fr)

Les champs \* sont obligatoires



### Informations sur le déclarant

<b>Catégorie déclarant* :</b>	<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
<b>Vous déclarez en qualité de ? *</b>	<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
<b>Veillez préciser votre catégorie professionnelle* :</b>	<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
<b>Nom* :</b>	
<b>Prénom* :</b>	
<b>Téléphone* :</b>	
<b>Adresse électronique* :</b>	
<b>Nom de l'établissement, de la structure ou du service d'exercice* :</b>	



### Informations sur le patient / résident exposé à l'EIGS

<b>Quel est le nombre de patients ou de résidents concernés par l'évènement ?* :</b>	_
<b>Sexe :</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Âge (tranche) :</b>	
<b>En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'EIGS en semaines d'aménorrhée (SA) :</b>	



## 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

<p>A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour le personnel* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez* :
<p>A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu également des conséquences pour la structure* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez* :
<p>A votre connaissance, l'évènement a-t-il eu d'autres conséquences* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non concerné Si oui, précisez* :



## Mesures immédiates prises pour le patient / résident

<p>Des mesures immédiates ont-elles été prises pour le patient/résident* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>Si « oui », veuillez indiquer si les mesures prises concernent* ? :</p>	<input type="checkbox"/> Les soins <input type="checkbox"/> L'organisation <input type="checkbox"/> Les matériels <input type="checkbox"/> Autres mesures
<p>Détaillez les mesures prises* ? :</p>	
<p>Une information sur le dommage associé au soin a-t-elle été délivrée au patient/résident* ?</p>	<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**