

PROCÉDURE GÉNÉRALE D'UTILISATION

Dans quelles circonstances? Les événements à déclarer sont ceux se produisant dans le cadre de la prestation de soins et de services à un usager. En ce sens, tout événement, c'est-à-dire, toute situation non souhaitée, redoutée ou indésirable qui a nui ou aurait pu nuire à la santé des usagers doit être déclaré au moyen du présent formulaire.

Sauf :

- Les **accidents de travail** qui doivent être déclarés en utilisant le formulaire prévu par l'établissement;
- Les **complications prévisibles de la maladie** (elles constituent des risques inhérents liés aux traitements ou aux tests que l'utilisateur a acceptés de subir);
- Les infections **nosocomiales** qui doivent être signalées au service de prévention et de contrôle des infections selon les procédures de l'établissement;
- Les **incidents/accidents transfusionnels** qui doivent être déclarés au moyen du formulaire AH-520.

Quand? Le plus tôt possible après avoir constaté l'événement.

Qui? Tout employé d'un établissement, toute personne qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement, tout stagiaire qui effectue un stage dans un tel centre, de même que toute personne qui, en vertu d'un contrat de service (par exemple : RNI, personnel d'une agence), dispense pour le compte de l'établissement des services aux usagers.

DÉFINITIONS

Incident : Une action ou une situation qui n'entraîne pas de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager [...], mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences (LSSSS art. 183.2).

Accident : Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur [...] (LSSSS art. 8).

Conséquence : Impact sur l'état de santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident.

REEMPLIR UN FORMULAIRE AH-223-1 NE COMPROMET PAS LE DÉCLARANT ET N'ÉQUIVAUT PAS À PORTER UNE ACCUSATION.

N° de l'événement : Numéro séquentiel généré par l'application informatique, ne rien inscrire.

Consigne : N'oubliez pas d'inscrire le nom de l'établissement et de préciser la mission de l'établissement dans lequel s'est produit l'événement. Pour les événements survenus en CSSS, il convient alors de préciser la mission de l'installation dans laquelle s'est produit l'événement.

Section 1 : Identification de la personne touchée

Utilité : Sert à identifier la personne touchée par l'événement. Toutefois, il est possible que personne ne soit touché lorsqu'il s'agit d'un incident.

- Consigne :**
1. Identifiez d'abord si un usager a été touché par l'événement en cochant la case appropriée.
 2. Il est possible que personne n'ait été touché. Il suffit alors de cocher la case « Aucune » et de passer à la section 2.
 3. Utilisez l'adressographe pour identifier l'utilisateur. En l'absence de carte d'utilisateur, remplissez les parties de cette section.

RAPPEL : Le présent formulaire est destiné à la déclaration des événements indésirables se produisant dans le cadre de la prestation de soins et de services. Les événements touchant un employé (accidents de travail) doivent être déclarés en utilisant le formulaire prévu par l'établissement. Les événements touchant les visiteurs peuvent être déclarés au service de sécurité de l'établissement.

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

Utilité : Sert à préciser les détails de l'événement.

- Consigne :**
1. Indiquez la date et l'heure réelles ou présumées de l'événement. S'il y a un délai entre l'événement et la constatation, précisez les détails du « Constat ».
 2. Précisez le nom de l'installation ou de la ressource (CH, CLSC, RI, RNI, etc.) ou du domicile.
 3. Précisez, s'il y a lieu, l'unité, le programme ou le service concerné où s'est produit l'événement.
 4. Précisez l'endroit précis (chambre, cafétéria, escalier, stationnement, etc.) où s'est produit l'événement.
 5. Si des informations additionnelles sont disponibles au regard de l'utilisateur et de sa situation préalable à la survenue de l'événement, indiquez-les en utilisant les sous-sections prévues à cet effet.

NOTE : Les sous-sections « information sur l'utilisateur » et « situation préalable » sont des sections facultatives. L'absence d'information dans cette section n'empêchera pas la soumission du formulaire au moment de sa saisie informatique.

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

Utilité : Sert à décrire les faits de façon factuelle, objective et détaillée sans analyse ni jugement. L'information contenue dans cette section doit être non nominative.

- Consigne :**
1. Décrivez l'événement clairement et objectivement. N'abusez pas des abréviations. Donnez le plus de renseignements possibles sans proférer d'accusation.
 2. Si cet événement implique un autre usager, ne mentionnez pas son nom ni son numéro de chambre. Inscrivez uniquement son numéro de dossier.

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

Utilité : Sert à préciser la nature de l'événement et les renseignements de la section 3. Remplissez la sous-section appropriée au type d'événement (A, B, C, D, E, F). Si l'événement ne correspond à aucune sous-section A, B, C, D, E, F, utilisez alors la sous-section G, Autres types d'événements.

- Consigne :**
- A Chute : Choisissez d'abord le type de chute et précisez ensuite les circonstances ayant conduit à la chute.
 - B Médication, traitement, diète : Décrivez les événements liés aux situations cliniques mentionnées. Inscrivez les renseignements requis en utilisant les cases appropriées ainsi que les parties a et b pour déterminer et préciser l'erreur (identification, dose, voie, heure). Si plus de cinq erreurs sont constatées concernant les événements mentionnés, utilisez une feuille en annexe.
NOTE : L'identification du médicament, du traitement ou de la diète est obligatoire.
 - C Test diagnostique : Identifiez d'abord s'il s'agit d'un événement impliquant les tests de laboratoire ou d'imagerie et précisez ensuite les circonstances précises de l'événement selon les choix disponibles.
 - D Retraitement des dispositifs médicaux (RDM) : Choisissez la case appropriée à la situation.
NOTE : Lorsqu'un événement en lien avec le RDM est identifié, l'intervenant pivot en RDM doit être avisé puisqu'il devra compléter le rapport d'analyse en RDM (RARDM : AH-223-2-RDM).
 - E Matériel, équipement, bâtiment, effets personnels : Choisissez la case appropriée selon qu'il s'agisse d'un événement concernant un usager et lié au matériel, à l'équipement, au bâtiment ou aux biens personnels. Utilisez la partie « Description » ainsi que les cases situées en dessous pour décrire la nature et les circonstances du problème.
NOTE : Consultez la politique de l'établissement pour les situations ne concernant pas un usager.
 - F Abus, agression, harcèlement, intimidation : Choisissez la case appropriée à la situation.
NOTE : Le présent formulaire est utilisé seulement lorsqu'une situation d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation survient entre usagers. Dans les autres cas (employés envers usagers et usagers envers employés) consultez la politique de l'établissement.
 - G Autres types d'événements : Cette sous-section regroupe les événements les plus fréquents. Si aucune case ne correspond à la situation, utilisez la case « Autre ».

Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

Utilité : Sert à préciser les conséquences subies par la personne touchée par l'événement.

Consigne : Indiquez toutes les conséquences immédiates et observées lors du constat, incluez une description détaillée de toute conséquence sur la santé ou le bien-être de la personne touchée (partie du corps, intensité de la douleur, lacération, abrasion, ecchymose, fracture, difficulté à manger, à voir, ou à entendre, peur, anxiété, etc.).

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

Utilité : Sert à décrire les interventions effectuées et les mesures prises pour éviter, réduire ou limiter les dommages ou contrôler la situation. Permet également d'identifier les personnes jointes ou prévenues.

Consigne : 1. Décrivez l'évaluation effectuée (examen physique, tests, radiographie, etc.) ainsi que les soins ou mesures prises (pansement, médicament, transfert, etc.).
2. Énumérez toutes les personnes (professionnel, membre de famille, mandataire, tuteur, curateur) en précisant leur nom, leur fonction et leur lien avec la personne touchée. Précisez l'heure de la communication et s'il y a eu une visite.

NOTE : Le fait de prévenir un proche de l'utilisateur ne constitue pas une divulgation en soi. Les informations contenues dans cette section ne font pas foi que la divulgation a été faite. Voir section 13 pour les informations requises lors de la divulgation.

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

Utilité : Sert à identifier le nom de la personne qui a constaté l'événement et qui a produit le rapport, et à indiquer la date de la déclaration.

Consigne : Indiquez le nom complet et le numéro de téléphone (et le numéro de poste téléphonique) où il est possible de joindre le déclarant.

Section 8 : Recommandation(s) ou suggestions du déclarant (le déclarant doit remplir cette partie)

Utilité : Permet au déclarant de proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence. Le déclarant doit remplir cette partie.

Consigne : Décrivez les mesures à prendre pour prévenir la récurrence d'un événement semblable.

Section 9 : Témoin(s) de l'événement (le déclarant doit remplir cette partie)

Utilité : Permet de préciser le nom des autres témoins de l'événement.

Section 10 : Causes possibles (le gestionnaire responsable du suivi doit remplir cette partie)

Utilité : Permet au gestionnaire responsable du suivi de préciser les causes possibles de l'événement.

NOTE : Lorsqu'une erreur de médicament est identifiée à la section 4B, l'étape du circuit du médicament doit obligatoirement être précisée.

Consigne : Consultez le tableau au verso de ce guide d'utilisation pour la catégorie des causes identifiées, de même que la description des étapes du circuit du médicament.

Section 11 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi (le gestionnaire responsable du suivi doit remplir cette partie)

Utilité : Permet au gestionnaire de proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence. Le gestionnaire ou la personne responsable du suivi doit remplir cette partie. Les coordonnées du gestionnaire sont requises.

Consigne : Décrivez les mesures prises ou à prendre pour prévenir la récurrence d'un événement semblable.

Section 12 : Gravité (le gestionnaire responsable du suivi doit remplir cette partie)

Consigne : 1. Indiquez le niveau de gravité de l'événement conformément à l'échelle de gravité présentée dans les précisions pour la section 12.
2. Consultez le tableau au verso de ce guide d'utilisation pour repérer le niveau de gravité approprié à l'événement déclaré en tenant compte des conséquences constatées.

NOTE : Les niveaux A et B correspondent à un « incident » et les niveaux C, D, E, F, G, H, I et « indéterminée »; à un « accident ».

Section 13 : Divulgation (obligatoire de E1 à I) (le gestionnaire responsable du suivi doit remplir cette partie)

Consigne : Précisez si la divulgation est non applicable ou si elle a été faite. Précisez ensuite à quel endroit elle a été documentée (dossier de l'utilisateur ou rapport de divulgation – AH-223-3). Précisez à qui la divulgation a été faite en choisissant parmi les choix proposés.

NOTE : La divulgation est obligatoire pour tout accident avec conséquences. La réalisation des conséquences doit être certaine, même si elles ne sont pas encore apparentes ou manifestes lors de la divulgation. En ce sens, les obligations liées à la divulgation ne concernent que les accidents dont la gravité se situe entre E1 et I.

Qu'est-ce qu'on déclare? Pour des précisions additionnelles, référez-vous aux Lignes directrices à l'intention du réseau (MSSS, novembre 2011).	
Soins à domicile	Dans le cadre d'une prestation de soins ou de services à domicile, tout événement survenu en présence d'un intervenant doit faire l'objet d'une déclaration au moyen du formulaire AH-223-1. Dans toute autre situation, c'est par une note au dossier que l'information est portée à l'attention de l'équipe de soins.
Événements répétitifs	Par exemple : agressions entre usagers, automutilation, chutes répétitives, fugues, etc. Dans ces situations, doivent avoir été faits au préalable : 1) l'évaluation du risque pour l'utilisateur; et 2) un plan d'intervention fait en fonction de ce risque. Le MSSS suggère qu'une déclaration soit faite seulement lorsque le plan d'intervention n'a pas été respecté ou que les conséquences sont différentes ou plus graves que celles découlant habituellement de ce type d'événement. Une note au dossier de l'utilisateur justifiant l'application du plan d'intervention doit cependant être faite.
Automédication en institution	L'utilisateur est sous la responsabilité de l'établissement. En conséquence, le personnel doit s'assurer que l'automédication est prise selon l'ordonnance. Tous les événements reliés à l'automédication non respectée doivent être déclarés au même titre que les erreurs de médicament administré ou omis par le personnel.
Quand la condition de la personne génère la situation	Par exemple : état de santé instable ou développement d'une complication. Le MSSS est d'avis que les événements liés à un état antérieur et non reliés directement à une prestation de soins ou de services (geste posé ou omis) ne devraient pas faire l'objet d'une transmission au registre national. Il en est de même pour les complications qui ne sont pas des accidents et qui n'ont pas à faire l'objet d'une déclaration.
Lors de l'application de mesures de contrôle	Le fait de devoir appliquer une mesure de contrôle n'est pas un accident en soi, c'est une réponse clinique à une situation clinique. Les seuls événements reliés aux mesures de contrôle qui doivent être déclarés dans le SISSS sont les blessures physiques ou psychologiques découlant de l'application des mesures de contrôle (isolement, contentions physiques, mécaniques ou chimiques).
Lorsqu'un événement implique des partenaires	Par exemple : pharmacies communautaires, transport adapté, transport ambulancier, etc. Tout événement doit être déclaré, à l'aide du formulaire AH-223-1, lorsqu'il est constaté par l'établissement ayant octroyé le contrat de services. L'original devra être versé au dossier de l'utilisateur s'il est touché par l'événement. La copie jaune devra être acheminée au gestionnaire de risques. Lorsqu'aucun usager n'est touché par l'événement, les deux copies de la déclaration sont conservées par le gestionnaire de risques. Puisque ces informations sont de nature confidentielle , toute copie du rapport AH-223-1 doit rester à l'intérieur de l'établissement et ne devrait pas être transmise au partenaire. L'établissement doit, par contre, s'assurer que le partenaire est informé de l'événement et que des mesures de prévention seront mises en place pour éviter la récurrence.
Lorsqu'un événement sentinelle implique plus d'un établissement	Chaque établissement doit déclarer ses propres incidents et accidents. Chaque établissement doit faire une analyse approfondie de la défaillance de ses processus internes et mettre en place les correctifs appropriés. Le MSSS recommande : 1) qu'une analyse conjointe soit faite des interfaces et des éléments qui ont contribué à la rupture du continuum de soins ou de services (communications, transferts, etc.) par tous les établissements impliqués; 2) que suite à cette analyse, un plan d'action conjoint soit élaboré et que des mesures de prévention convenues entre les parties soient mises en œuvre pour éviter un tel bris de continuum et la répétition de tels événements.
Les rapports du coroner	Lorsqu'un rapport du coroner conclut que le décès est attribuable à un dysfonctionnement des processus de l'établissement ou à un geste posé ou omis, il y a lieu de procéder, si cela n'a pas été fait, à une déclaration en remplissant un rapport de déclaration AH-223-1. Les résultats de l'enquête et de l'analyse devront se traduire par des mesures de prévention visant à corriger les lacunes décelées.
Événements qui touchent plusieurs usagers, mais dont les conséquences potentielles sont inconnues	Par exemple : problèmes d'équipement, de systèmes informatiques, les alertes et rappels de Santé Canada, de manufacturiers et autres fournisseurs, etc. Le MSSS recommande : 1) que l'événement soit déclaré comme une situation à risque et qu'un seul AH-223-1 global soit complété et conservé par le gestionnaire de risque; 2) qu'un registre incluant la liste des usagers (numéro du dossier) potentiellement touchés soit constitué afin d'assurer la traçabilité, le suivi et la gestion efficace de cet événement; 3) qu'un rapport de déclaration AH-223-1 soit rempli et versé au dossier de chaque usager présentant des conséquences découlant de cet événement. Attention : la date du rapport de déclaration doit alors être différente de la date de l'événement (date du AH-223-1 global). Porter une attention spéciale au « constat » de la section 2 du formulaire. Voir le Guide d'utilisation du rapport de déclaration – AH-223-1.

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

A- Chute

- **Quasi-chute** : Usager sur le point de tomber en présence du personnel ou soutenu par le personnel jusqu'au fauteuil ou jusqu'au sol.
- **Lors d'activité** : Activité de loisir ou sportive, activité quotidienne, activité de formation au travail.
- **Trouvé par terre** : Aucun témoin de l'événement, circonstances de l'événement non identifiées.
- **Autre** : Tout autre événement ne correspondant pas à l'un des types de chute proposés.

B- Erreur concernant l'administration d'un médicament, d'un traitement/intervention ou d'une diète

- **Allergie connue** : Une allergie est connue ou documentée en regard d'un médicament, d'une substance ou d'un aliment et l'utilisateur entre en contact avec ce produit, on le lui a administré ou il lui était destiné. Si l'allergie n'était pas connue ou qu'elle survient, il n'y a pas de déclaration puisqu'il s'agit d'une complication et que l'événement était inévitable.
- **Conservation/Entreposage** : Un médicament, un produit ou un aliment a été entreposé au mauvais endroit ou dans de mauvaises conditions (par exemple : mauvaise température).
- **Disparition/Décompte** : Constat que le médicament ou le produit est maquant/absent de manière inexplicable : dosette perdue, disparition de narcotique.
- **Dose/Débit** : Erreur liée à la dose ou la concentration du médicament ou du produit. Ainsi, le dosage ou le débit est plus élevé ou plus faible de ce qui est prévu. Cochez la case correspondant à l'erreur et remplissez les sous-sections a et b afin de détailler ce qui a été administré ou prélevé (a) plutôt que ce qui aurait dû l'être (b). Au besoin, utilisez la case « Autres renseignements » ou ajoutez en annexe la liste des médicaments.
- **Heure/Date d'administration** : Erreur liée au temps, au moment de l'administration du médicament, du produit ou de la diète selon l'ordonnance.
- **Identité de l'utilisateur** : Médicament, traitement ou diète destiné ou administré au mauvais usager.
- **Infiltration/Extravasation** : Ce produit lors de l'administration des médicaments intraveineux. Dans certains cas particuliers (administration de substances antinéoplasiques, électrolytes antibiotiques, etc.) ce type d'événement peut causer de la douleur, des rougeurs, de la tuméfaction et même de la nécrose.
- **Non-respect d'une procédure/protocole** : S'applique aux procédures cliniques ou non cliniques en lien avec l'administration de la médication, d'un traitement/intervention ou d'une diète (par exemple : bracelet d'identité non installé, lève-personne non utilisé bien que prescrit par l'équipe multidisciplinaire, non-respect des règles de préparation d'un médicament).
- **Omission** : Erreur liée à l'omission d'administrer un médicament, un traitement/intervention ou une diète. Expliquez dans la section (b) ce qui aurait dû être administré ou fait.
- **Péremption** : Médicament ou nourriture périmé qui était destiné ou qui a été administré à l'utilisateur.
- **Trouvé** : Médicament trouvé par terre ou dans le lit de l'utilisateur.
- **Type/Sorte/Texture** : Nature du médicament/traitement/diète : mauvais médicament administré, texture de la diète non adaptée aux indications données ou traitement contre-indiqué en fonction d'un état de santé connu.
- **Voie d'administration** : Erreur liée à la voie d'administration du médicament (devrait être administré par voie intraveineuse alors qu'on l'administre de façon intramusculaire ou sous-cutanée).
- **Disponibilité** : Le médicament/traitement/intervention/diète prescrit à un usager n'est pas disponible.

C- Test diagnostique

NOTE : Le formulaire AH-223-1 ne doit pas être utilisé pour déclarer les non-conformités, qui doivent continuer à être déclarées au registre des non-conformités de l'établissement.

LABORATOIRE

- **Pré-analytique** : L'erreur se situe lors de l'analyse médicale (la phase de prélèvement, de l'étiquetage des échantillons prélevés, de l'enregistrement des demandes d'analyses).
- **Analytique** : L'erreur se situe lors du traitement des prélèvements (l'identification du germe).
- **Post-analytique** : L'erreur se situe lors de la phase de validation technique, de validation biologique et d'interprétation du résultat.
- **Erreur liée à l'identification** : Identification du spécimen ou du tube (coordonnées de l'utilisateur sur les prélèvements).
- **Description** : La description du résultat n'est pas représentative du résultat lui-même.

IMAGERIE

- **Examen prescrit** : L'examen administré n'est pas celui qui a été prescrit.
- **Qualité de l'image clinique** : La qualité de l'image clinique est faible et l'examen doit être repris (exposition additionnelle).
- **Protocole administré** : Le protocole administré n'est pas celui qui a été prescrit.

D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)

Un dispositif médical (DM) est défini comme tout instrument, appareil, équipement, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins :

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie;
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap;
- d'étude ou de remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique;
- de maîtrise de la conception.
- **Retraitement des dispositifs médicaux** : Toutes les étapes de préparation d'un dispositif médical pour sa réutilisation : pré-nettoyage, nettoyage, désinfection ou stérilisation, inspection, emballage, étiquetage et entreposage.
- **Utilisation d'un matériel médical à usage unique critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)** :
 - **Dispositif médical critique** : Instruments qui pénètrent les tissus stériles de l'organisme, notamment l'appareil vasculaire, et qui, par conséquent, nécessitent un nettoyage suivi d'une stérilisation.
 - **Dispositif médical semi-critique** : Instruments qui entrent en contact avec la peau non intacte ou les muqueuses et qui, par conséquent, nécessitent un nettoyage suivi d'une désinfection de haut niveau.

E- Problème de matériel, d'équipement, de bâtiment ou d'effet personnel

NOTE : Seuls les événements qui auraient pu avoir ou qui ont eu un impact sur la prestation de soins et de services aux usagers doivent être déclarés (par ex : panne informatique qui a un impact sur la prise en charge de l'utilisateur).

Matériel : Le matériel comprend les outils, les fournitures, les instruments utilisés par l'établissement (pansement, pinces hémostatiques, ciseaux à bandage, etc.).

Équipement : L'équipement médical comprend l'appareillage destiné à aider le travail des professionnels, le diagnostic et le traitement de problèmes médicaux (lève-personne, défibrillateur, etc.).

- **Bris/défectuosité** : (par exemple : une prothèse dentaire échappée par le personnel et cassée en trois morceaux et doit être remplacée, un équipement d'électrothérapie défectueux utilisé en physiothérapie a occasionné une brûlure).
- **Panne informatique** : (par exemple : un arrêt de système informatique utilisé dans l'une des étapes du circuit des médicaments survient et retarde la distribution des médicaments sur les unités).
- **Panne système télécommunication** : (par exemple : dans une région éloignée, le système de téléavertisseur servant à aviser les médecins est en panne. Cette situation pourrait avoir un impact sur la prise en charge d'un usager).

F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation

Deux usagers engagés dans une altercation sont blessés ou ont subi des conséquences. Un usager abuse financièrement d'un autre usager.

- **Abus** : L'abus est défini comme toute forme de mauvais traitement physique, émotif, sexuel ou manque de soins entraînant une blessure physique ou causant un problème émotif chez une personne. Toutes les formes d'abus à l'égard d'une personne se manifestent par un abus de pouvoir, d'autorité ou un abus de confiance.
- **Aggression** : Une agression désigne un comportement, ou opposition, avec force et hostilité. Elle peut survenir avec ou sans provocation.
- **Harcèlement** : Le harcèlement est une forme de discrimination, d'abus de pouvoir et de violence qui peut se manifester, entre autres, par des paroles (remarques, insultes, plaisanteries, surnoms, insinuations, questions persistantes, etc.), des menaces ou des gestes de nature discriminatoire (racistes, sexistes, homophobes, etc.). Le harcèlement peut être d'ordre physique, verbal, sexuel ou émotif.
- **Intimidation** : L'intimidation est un comportement intentionnel causant psychologiquement la peur d'être blessé à un individu.

G- Autres types d'événements

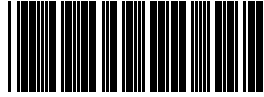
- **Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)** : Usager retrouvé dans un lieu inhabituel de l'établissement (par exemple : chaufferie, toit de l'immeuble).
- **Automutilation** : Blessure que s'inflige un usager intentionnellement.
- **Blessure d'origine connue** : L'utilisateur présente une blessure dont on connaît la cause (par exemple : il s'est cogné la tête sur une tablette).
- **Blessure d'origine inconnue** : L'utilisateur présente une blessure dont on ne peut identifier la cause.
- **Bris de confidentialité** : Information relative à l'utilisateur (par exemple : dossier médical) laissée sans surveillance dans un endroit non sécuritaire, discussion à propos d'une information confidentielle tenue dans un lieu inapproprié; perte de documents nominatifs.
- **Décompte chirurgical inexact/omis** : Décompte chirurgical non effectué (par exemple : en raison de l'urgence de la situation) ou décompte incomplet à la suite de l'intervention.
- **Défaut de port d'équipement/vêtement de protection** : Lors de la pratique d'une activité sportive, par exemple.
- **Désorganisation comportementale (avec blessure)** : La désorganisation comportementale fait partie du portrait clinique d'un usager. Une déclaration doit être faite seulement lorsque le plan d'intervention n'a pas été respecté ou que les conséquences sont différentes ou plus graves que celles découlant habituellement de ce type d'événement.
- **Erreur liée au dossier** : Section manquante au dossier, information classée dans le mauvais dossier, dossier déclaré disparu.
- **Évasion (garde fermée)** : Usager sous garde en établissement ordonnée par le tribunal ou en vertu d'une loi particulière qui quitte le milieu de soins sans autorisation préalable.
- **Événement en lien avec une activité** : Lors d'une activité quotidienne, de loisir, sportive, de formation au travail, par exemple.
- **Événement relié au transport** : Événement lié au transport effectué par l'établissement.
- **Fugue/disparition (encadrement intensif)** : Usager qui quitte l'unité ou l'établissement sans autorisation médicale. Usager avec troubles cognitifs ou psychologiques porté disparu au-delà des sorties ou congés habituels en fonction de sa condition particulière.
- **Lié à l'identification** : On a installé un bracelet d'identification à un usager, mais il ne s'agit pas du bon nom, carte d'assurance maladie utilisée n'est pas celle de l'utilisateur, un autre usager porte le même nom et on ne sort pas le bon dossier.
- **Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse** : On constate qu'un usager hébergé est intoxiqué puisqu'il a consommé de la drogue, intoxication suite à une consommation non autorisée d'alcool, de drogue ou de substances dangereuses qui se produit dans l'établissement ou dans le cadre de la prestation de services.
- **Lié au consentement** : Absence de consentement, consentement incomplet ou non signé dans le dossier.
- **Lié aux mesures de contrôle (contention et isolement)** : Application des mesures de contrôle non conformes aux directives cliniques de l'établissement ou à la condition de l'utilisateur. Blessure liée à l'utilisation de la contention.
- **Obstruction respiratoire** : Arrêt respiratoire provoqué par l'obstruction des voies respiratoires par de la nourriture, un objet ou une autre substance.
- **Plaie de pression, de positionnement** : Apparition de nouvelles plaies (de stade 2 et plus) survenant à la suite de l'admission.
- **Relation sexuelle en milieu d'hébergement** : Ce type d'événement doit être déclaré lorsqu'il survient sur une unité de psychiatrie ou en centre jeunesse, par exemple.
- **Tentative de suicide/suicide** : Acte intentionnel de l'utilisateur pour se donner la mort.
- **Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)** : Au moment de l'inspection d'une chambre, un intervenant trouve une arme artisanale.
- **Autre** : Tout événement ne correspondant pas aux catégories décrites précédemment.

Section 10 : Causes possibles			
Causes environnementales – Défectuosité/équipement/matériel – Entretien inadéquat d'un équipement ou d'une installation – Hygiène, salubrité, stérilité – Lacunes/aménagements – Non-disponibilité/équipement – Autres faits liés à l'environnement, précisez	Causes liées à la personne touchée – Déficience ou limitation <ul style="list-style-type: none"> • Auditive • Cognitive • Du langage ou de la parole • Esthétique • Intellectuelle • Motrice • Organique • Psychique ou émotionnelle • Visuelle – État préalable à l'événement. Personne : <ul style="list-style-type: none"> • Agressive, violente, agitée • Comateuse • Confuse • En perte d'autonomie (AVQ, AVD) • Autres troubles du comportement, précisez – Non-respect du PI, PII ou plan de soins, des consignes, directives ou ordonnances – Sous l'influence d'alcool ou de drogues – Autres facteurs liés à la personne touchée, précisez	Causes liées à l'organisation du travail – Lacune/communication – Lacune/formations – Lacune/procédures, politiques – Lacune programmation – Lacune/organisation de services – Lacune/supervision, encadrement – Personnel inexpérimenté – Personnel insuffisant – Personnel non entraîné – Personnel non qualifié – Autres facteurs liés à l'organisation du travail, précisez	
		Causes liées aux facteurs humains – Connaissance insuffisante de l'utilisateur – Distraction – Non-respect du plan thérapeutique infirmier – Non-respect du PI, du PTI ou du plan de soins – Non-respect d'une procédure – Non-respect d'un protocole clinique – Autres situations liées aux facteurs humains, précisez	Causes liées à un fournisseur (précisez)
			Autres types de causes (précisez)
			Cause inconnue

Lorsqu'une erreur de médicament est identifiée à la section 4B, l'étape du circuit du médicament doit être précisée		
Approvisionnement (étapes 1 à 9) : Approvisionnement signifie: Évaluation pour ajout à la liste locale de médicament, Décision d'ajout ou de modification à la liste locale et rédaction de règles d'utilisation. Approbation de la décision d'ajout/modification par le CMDP, Mandat, appel d'offres et ententes, entreposage à la pharmacie. <ol style="list-style-type: none"> 1. Création de l'item dans les différents systèmes d'information 2. Achat du médicament via grossiste ou fabricant 3. Réception du médicament et traçabilité 4. Gestion des drogues contrôlées et stupéfiants selon les lois et règlements en vigueur 5. Entreposage à la pharmacie 6. Saisie informatique de la réception 7. Emballage en lot, lorsque requis (préparations non stériles) 8. Préparation en lot, lorsque requis (stérile) 9. Étiquetage si emballage ou préparation 	Traitement de l'ordonnance à la pharmacie (étapes 13 à 25) : <ol style="list-style-type: none"> 13. Réception de l'ordonnance et hiérarchisation par priorité 14. Saisie informatique au dossier pharmacologique 15. Validation de l'ordonnance (âge, poids, taille, duplication, allergie, intolérance, duplication, interaction, pertinence, dose) 16. Intervention du pharmacien, lorsque requis 17. Envoi de l'intervention 18. Gestion des exceptions (hors liste, programme d'accès spécial, recherche clinique) 19. Préparation individuelle, lorsque requis 20. Emballage individuel, lorsque requis 21. Étiquetage, lorsque requis 22. Vérification contenant-contenu 23. Expédition des premières doses de médicaments 24. Reservice quotidien ou à fréquence variable des médicaments 25. Emballage et préparation des congés temporaires de l'utilisateur ou pour auto administration 	Gestion de la médication à l'unité de soins (étapes 26 à 41) : <ol style="list-style-type: none"> 26. Réception des médicaments à l'unité de soins 27. Entreposage des médicaments à l'unité de soins 28. Planification des doses à administrer 29. Préparation, lorsque requis 30. Étiquetage, lorsque requis 31. Administration du médicament à l'utilisateur 32. Vérification de l'identité du médicament, de l'horaire, et de la dose à administrer 33. Enregistrement des doses administrées 34. Surveillance de l'utilisateur 35. Gestion des déchets de médicaments 36. Gestion de la documentation incluant les stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées 37. Impression des rapports 38. Communication avec la pharmacie 39. Remplissage de l'armoire de nuit 40. Réapprovisionnement des cabarets d'urgence et des chariots de réanimation 41. Remplissage des réserves d'étagé (médicament au commun)
Émission de l'ordonnance (étapes 10 à 12) : <ol style="list-style-type: none"> 10. Collecte de données 11. Rédaction d'une ordonnance 12. Transmission de l'ordonnance 		

Section 12 : Gravité de l'événement			
INCIDENT	A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur. <ul style="list-style-type: none"> • Tuile du revêtement de plancher brisée, flaque d'eau sur le plancher. • Chariot de médicaments non barré dans le corridor. Un instrument oublié sur un chariot (par exemple : ciseaux) • Au moment de l'inspection d'une chambre, un intervenant trouve une arme artisanale. • Étiquette sur contenant ou sachet de médicaments qui se décolle ou n'est pas en bon état. • Ridelles de lit défectueuses. 	
	B	Un événement indésirable est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle). <ul style="list-style-type: none"> • La pharmacie a livré le mauvais médicament et le personnel infirmier s'aperçoit de l'erreur avant qu'un utilisateur soit touché. • Défectuosité du levier pour effectuer les transferts repérés avant utilisation. • Un test de laboratoire doit être repris en raison d'une mauvaise identification du tube. 	
ACCIDENT	Divulgateur facultative	C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention supplémentaire particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention). <ul style="list-style-type: none"> • Un utilisateur a reçu la mauvaise dose de médicaments (par ex. : acétaminophène 250 mg au lieu de 500 mg), mais cela n'a eu aucune conséquence. • Un utilisateur glisse de sa chaise. Aucune douleur ni blessure n'est constatée. • Un jeune joue au soccer et tombe. Une ecchymose est constatée. Le jeune reprend le jeu.
		D*	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence. <ul style="list-style-type: none"> • Un utilisateur a reçu la mauvaise dose d'insuline. Des contrôles glycémiques sont requis pour s'assurer que la glycémie demeure dans les limites normales. • Un utilisateur trouvé par terre. On procède à un examen physique afin de s'assurer qu'il n'y a pas de blessure. • Un utilisateur chute lors d'un exercice de réadaptation physique. On procède à un examen et on modifie la fréquence des séances qui étaient planifiées. • Deux jeunes se cognent la tête lors de la pratique d'un sport. Aucune blessure n'est constatée. Une surveillance est établie afin de s'assurer qu'il n'y a pas de commotion.
	Divulgateur obligatoire	E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich). <ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une intervention en physiothérapie, la défectuosité d'un équipement d'électrothérapie cause des brûlures superficielles. • Un utilisateur s'érafle la main sur sa chaise roulante. On désinfecte la plaie et on applique un pansement. • Un jeune s'automutile et s'inflige des blessures superficielles avec un trombone. On procède à une désinfection. • Des manœuvres de Heimlich sont entreprises à la suite d'une aspiration.
		E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins. <ul style="list-style-type: none"> • Un utilisateur a fait une chute occasionnant une laceration profonde du cuir chevelu. Des points de suture sont nécessaires. • Un utilisateur se fait mordre par le chien de sa famille d'accueil. Des tests sanguins sont nécessaires et un vaccin est administré. • Suite à une erreur liée à la médication, des effets secondaires sont constatés et on doit lui administrer un antidote. • La prothèse dentaire d'un utilisateur est brisée lors du nettoyage par un membre du personnel. Une consultation est nécessaire afin de remplacer la prothèse.
		F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement. <ul style="list-style-type: none"> • Un utilisateur s'est infligé une fracture en faisant une chute. Une chirurgie et un suivi en réadaptation ont été nécessaires. • Surdosage de RX nécessitant une surveillance aux soins intensifs et une consultation en médecin interne. • Après avoir été en contact avec une substance à laquelle il était allergique, un utilisateur est hospitalisé afin d'assurer une surveillance. • Un jeune fait une tentative de suicide en avalant des produits toxiques. Il est transféré à l'hôpital où il est gardé en observation pour quelques jours.
		G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie). <ul style="list-style-type: none"> • Suite à l'administration d'une trop grande quantité de médicaments (surdose), l'utilisateur présente des séquelles permanentes (par exemple : surdité). • Bracelet anti fugue non fonctionnel. Utilisateur porté disparu depuis deux heures. Retrouvé en pyjama à l'extérieur alors qu'il fait moins 25 °C. • Hypothermie et engelures aux pieds. Hospitalisation requise et amputation de deux orteils. • Un utilisateur perd deux doigts lors d'un atelier de menuiserie. • Un utilisateur fait une chute, se fracture une hanche. Une chirurgie est nécessaire et il en résulte une perte de mobilité.
		H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire). <ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une épreuve diagnostique en imagerie médicale, la solution de contraste i/v a été remplacée par erreur par une autre substance, ce qui a provoqué des dommages cérébraux irréversibles. Transfert aux soins intensifs, ventilation assistée. • Une pompe PCA est défectueuse et un utilisateur reçoit une dose supérieure de narcotique, provoquant une détresse respiratoire sévère. Une ventilation assistée et l'administration d'une dose de Narcan sont nécessaires.
		I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès. <ul style="list-style-type: none"> • Chute d'un utilisateur dans la cage d'escalier, traumatismes multiples occasionnant la mort. • Surdose de narcotique provoquant un arrêt cardio-respiratoire et décès. • Un utilisateur, connu pour une allergie alimentaire sévère a été en contact avec un des aliments auxquels il est allergique. Son décès a été constaté par la suite.
		Indéterminé	Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, mais les conséquences ou leur niveau de gravité est inconnue au moment de la déclaration.

* À partir du moment où on doit faire des tests ou procéder à des examens, on doit obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur. On doit donc l'informer des raisons justifiant ces interventions non prévues.



DT9034

Nom de l'établissement

 CH CHSLD CJ CLSC CRD CRDI CRDP

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

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input 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

(précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

Information sur l'utilisateur

Curatelle : Non Oui Type de déficience : Aucune Auditive 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 :

 Autonomie : Totale Partielle Dépendance totale Inconnue Surveillance requise : Usuelle Étroite Continue 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'utilisateur 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 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 Fluoroscopie 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 (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 comportementale (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 :

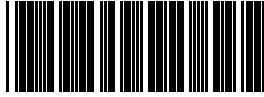
Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)

Décrivez les mesures prises :

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<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)
---------------------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------------------



DT9034

Nom de l'établissement

 CH CHSLD CJ CLSC CRD CRDI CRDP

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

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input 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 (précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

Information sur l'utilisateur

Curatelle : Non Oui Type de déficience : Aucune Auditive 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 :

 Autonomie : Totale Partielle Dépendance totale Inconnue Surveillance requise : Usuelle Étroite Continue 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'utilisateur 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 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

SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE

(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'utilisateur

(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 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)**C- Test diagnostique** **Imagerie**

- Angiographie Échographie Fluoroscopie 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 (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 comportementale (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 :	<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)
---------------------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------------------

SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE**Section 11 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi**

- À l'endroit de l'utilisateur À l'endroit du personnel À l'endroit d'un intervenant contractuel
 Autre (précisez) : _____

Autre mesure de prévention :

Nom du gestionnaire ou responsable	Titre ou fonction	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
------------------------------------	-------------------	-------------	-----------	--------------------------

Section 12 : Gravité

- | Incident | Accident | | | | | | | | | Événement sentinelle | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E1 | <input type="checkbox"/> E2 | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> Indéterminée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Section 13 : Divulgence (obligatoire pour E1 à I)

Divulgence : N/A Faite **Documentation :** Au dossier Sur le « Rapport de divulgation »

Personne(s) à qui est faite la divulgation :

- Usager Curatelle Représentant légal
 Parents/proches Autre

Nom, prénom de la personne responsable de la divulgation

Date (année, mois, jour)