



FICHE D'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE (FEI)

CODIFICATION :
N° enregistrement :

Personne déclarante		Élément concerné		
Nom : DURAND	Service : Les Iris	<input checked="" type="checkbox"/> Usager	<input checked="" type="checkbox"/> Soins	<input type="checkbox"/> Oral
Prénom : Mélanie		<input type="checkbox"/> Personnel	<input type="checkbox"/> Technique	<input type="checkbox"/> Buvable
Fonction : Aide Médico-psychologique		<input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Objet pers	<input type="checkbox"/> Injectable
		<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> Autre
Date / heure / lieu		Évènement déjà survenu ?		
Date : 12/1/19	Heure : 9h00	<input type="checkbox"/> Nbre de fois	<input type="checkbox"/> Non	<input checked="" type="checkbox"/> Ne sait pas
Lieu : salle de restaurant				

Qualité des soins / accompagnement	Évènement lié à la santé
<input type="checkbox"/> Manque d'information (équipe) <input type="checkbox"/> Non-respect du Projet personnalisé <input type="checkbox"/> Non-respect des droits des usagers <input type="checkbox"/> Défaut de transmission <input type="checkbox"/> Dossier patient/usager non à jour <input type="checkbox"/> Défaut d'utilisation de fiche de liaison <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Apparition d'escarres <input type="checkbox"/> Dénutrition <input type="checkbox"/> Fausse route <input type="checkbox"/> Infection acquise <input type="checkbox"/> Mise en isolement tardif de personne contagieuse <input type="checkbox"/> Effets secondaires médicamenteux <input type="checkbox"/> Erreur de prescription de médicament <input checked="" type="checkbox"/> Erreur d'administration de médicament <input type="checkbox"/> Pas de traçabilité <input type="checkbox"/> Autre
Sécurité des biens et personnes	Matéiovigilance
<input type="checkbox"/> Bris de matériel, d'objet personnel <input type="checkbox"/> Risque d'électrocution <input type="checkbox"/> Risque de chute <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Risque d'incendie <input type="checkbox"/> Début d'incendie <input type="checkbox"/> Agression, violence <input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Fugue <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Dysfonctionnement, panne <input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation <input type="checkbox"/> Indisponibilité du matériel <input type="checkbox"/> Perte <input type="checkbox"/> Périmé utilisé <input type="checkbox"/> Réutilisation d'usage unique <input type="checkbox"/> Pas de déclaration de matério vigilance <input type="checkbox"/> Autre
Hôtellerie / Restauration	Information / Accueil / Intégration
<input type="checkbox"/> Linge <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Impropres <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Défaut d'information usager / famille <input type="checkbox"/> Mauvaise orientation usager / famille <input type="checkbox"/> Plainte accueil <input type="checkbox"/> Procédure d'intégration non respectée <input type="checkbox"/> Autre
Vie Institutionnelle	Divers
<input type="checkbox"/> Transgression des interdits <input type="checkbox"/> Règlement intérieur non respecté <input type="checkbox"/> Sous effectif <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Rupture de stock <input type="checkbox"/> Dégradation locaux <input type="checkbox"/> Professionnels injoignables <input type="checkbox"/> Autre



FICHE D'ÉVÉNEMENT INDESIRABLE (FEI)

CODIFICATION :
N° enregistrement :

Description des faits

Administration double des traitements à Alain Firmerie

J'ai administré le traitement d'Alain Firmerie au moment de mon passage dans son logement, avant la toilette.

Pauline a ensuite donné à Alain F son traitement quand il est revenu de se brosser les dents. J'étais avec quelqu'un d'autre pour l'aider à s'habiller.

Pauline lui a donné les médicaments à Alain une seconde fois après avoir pris la case du « déjeuner » dans le semainier car la case « matin » était vide.

Cette opération a été validée par l'Idc en soins pensant qu'il s'agissait d'un oubli de la pharmacie.

Alain lui avait dit ne pas les avoir pris.

Conséquences

Gravité estimée	Suites		
<input type="checkbox"/> Nulle <input checked="" type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Importante	<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Prolongation hospitalisation <input type="checkbox"/> Examens <input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux <input type="checkbox"/> Pas de conséquences <input type="checkbox"/> Autre : surveillance

Personnes avisées	Actions
<p><i>Suggestion de remplissage</i></p> <p>Nom : Mme XXX Chef de service Nom : Mme XXX Médecin coordonnateur / traitant</p>	<p>Infirmière prévenue</p> <p><i>Suggestion de remplissage</i> Médecin prévenu et réunion de retour d'expérience programmée par le cadre</p>

Enregistrement

Responsable : Responsable qualité	Date : 12/12/2019
-----------------------------------	-------------------