

FORMULAIRE DE DECLARATION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE

Informations concernant le déclarant

Nom – Prénom :

Fonction :

N° de poste :

Date de la déclaration :

Description de l'événement indésirable

Date :

Heure :

Lieu :

Description de l'événement indésirable :

Description des actions mises en place au moment de l'événement :

Fréquence de l'événement indésirable :

- 1. C'est la première fois que cela se produit.
- 2. Cela s'est déjà produit une fois.
- 3. Cela s'est produit plusieurs fois au cours des dernières années.
- 4. Cela se produit plusieurs fois par an.
- 5. Cela se produit plusieurs fois par mois.
- 6. Cela se produit plusieurs fois par semaine.
- 7. Cela se produit plusieurs fois par jour.
- 8. Cela dure depuis plusieurs jours à plusieurs semaines.
- 9. Cela dure depuis plusieurs mois à plusieurs années.
- 10. Indéterminé – Ne sait pas.

Gravité des dommages constatés :

<p>Pour un apprenant</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Pas d'effet / Manque de confort/ insatisfaction <input type="checkbox"/> 2. Sentiment d'insécurité/ Blessure sans soins <input type="checkbox"/> 3. Blessure avec soins sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> 4. Arrêt de travail inf. à 3 jours <input type="checkbox"/> 5. Arrêt de travail sup. à 3 jours <input type="checkbox"/> 6. Arrêt de travail sup. à 1 mois <input type="checkbox"/> 7. Décès – Lésions irréversibles 	<p>Pour un professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Pas d'effet / Manque de confort/ insatisfaction <input type="checkbox"/> 2. Sentiment d'insécurité/ Blessure sans soins <input type="checkbox"/> 3. Blessure avec soins sans arrêt de travail <input type="checkbox"/> 4. Arrêt de travail inf. à 3 jours <input type="checkbox"/> 5. Arrêt de travail sup. à 3 jours <input type="checkbox"/> 6. Arrêt de travail sup. à 1 mois <input type="checkbox"/> 7. Décès – Lésions irréversibles
<p>Pour l'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Perturbation brève de l'activité de la structure <input type="checkbox"/> 2. Perturbation de quelques heures <input type="checkbox"/> 3. Perturbation de quelques jours <input type="checkbox"/> 4. Perturbation sup. à 1 semaine <input type="checkbox"/> 5. Perturbation sup. à 1 mois <input type="checkbox"/> 6. Interruption totale pendant quelques jours <input type="checkbox"/> 7. Interruption totale sup. à 1 semaine 	<p>Pour des biens ou une structure</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Pas de dommage <input type="checkbox"/> 2. Disparition - Vols <input type="checkbox"/> 3. Atteinte superficielle <input type="checkbox"/> 4. Détérioration <input type="checkbox"/> 5. Matériels inutilisables <input type="checkbox"/> 6. Pièce ou partie des locaux inutilisables <input type="checkbox"/> 7. Bâtiment inutilisable

Merci de faire parvenir la fiche au secrétariat de l'IFSI de Ville-Evrard par mail à ifsi@epsve.fr ou au secrétariat de l'IFCS par mail à ecole.cadres@epsve.fr ou par courrier à la cellule d'analyse des risques à l'attention de Madame Saida ZEDIRA (coordinatrice pédagogique de l'IFSI) – s.zedira@epsve.fr ou à l'attention de Madame Nahon Valérie v.nahon@epsve.fr (cadre supérieur de santé de l'institut des cadres).