|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS SUR LE DÉCLARANT | |
| **Catégorie** | Etablissement médico-social  Professionnel de santé libéral |
| **Vous déclarez en qualité de ?** | Médecin traitant  Infirmier(e)  Chirurgien-dentiste  Médecin spécialiste :  Kinésithérapeute  Pharmacien  Sage-femme  Service d’aide à la personne  Autre : |
| **Nom, Prénom :**  **Téléphone :**  **Adresse mail :**  **Nom de l’établissement ou structure :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| PATIENT CONCERNÉ PAR L’ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE | |
| **Nom de naissance :**  **Nom d’usage :**  **Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.    Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom du médecin traitant :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| ETABLISSEMENT CONCERNÉ | |
| Nom de l’établissement | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Service : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Spécialité : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date de référence du séjour (date d’entrée, date de consultation, ou date de sortie) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| CIRCONSTANCES | |
| Date de l’événement : | 30/04/2025 |
| **DESCRIPTION DE L’ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE** | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **CONSEQUENCES** | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **ACTIONS IMMÉDIATES ENTREPRISES** | |
| Préciser par :  Le professionnel de santé /  Par l’établissement  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| **REPONSE / PROPOSITION D’ACTIONS A LONG TERME**  *(Ne pas remplir par le déclarant)* | |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |