|  |
| --- |
| 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’établissementCliquez 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. |