

NOTE D'INFORMATION

<u>REFERENCE</u>	<u>OBJET</u>	<u>DATE</u>
2013 – 020	<u>REGISTRE DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS DES USAGERS</u> FEUILLE D'EVENEMENT INDESIRABLE VERSION 7 - JUILLET 2013	12.07.2013

A l'attention des résidents, des familles et des proches,

Dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité, vous trouverez ci-joint la nouvelle version de la feuille d'évènement indésirable (V7) actualisée du mois de juillet 2013.

Outre, l'amélioration de la politique de gestion des risques de l'établissement, celle-ci a pour objectif d'optimiser la qualité de votre vie au sein de la Maison de Retraite Debrou.

Cet outil identifie mieux vos plaintes et réclamations en les recensant au sein d'un registre dédié.

Je vous remercie de bien vouloir utiliser à compter de ce jour cette nouvelle version que vous trouverez également sur le site internet www.debrou.fr dans la rubrique « vos droits ».

Je vous rappelle que ces feuilles d'évènement indésirable ont pour but de recenser l'ensemble des évènements que vous jugerez indésirables au sein de l'établissement.

Elles sont étudiées quotidiennement par l'équipe de Direction et font l'objet d'un rapport annuel publié, après présentation devant les instances, sur le site internet www.debrou.fr.

C'est ensemble que nous progressons,

Le Directeur,

A. ESSALHI



DESTINATAIRES : - Familles – Tous services - Cadres et Chefs de Service - Chrono

MISE EN APPLICATION : immédiate

Folio : 2



PLAINTES ET RECLAMATIONS DES USAGERS - DOCUMENT UNIQUE
FEUILLE D'EVENEMENT INDESIRABLE Version 7 - Juillet 2013

A: Auteur de la fiche	B: Personne ou matériel concerné par le dommage	
Nom:	<input type="checkbox"/> NOM Résident/usager :	<input type="checkbox"/> NOM Visiteur :
Fonction:	<input type="checkbox"/> NOM Agent :	<input type="checkbox"/> Matériel
Service:		

C: L'évènement est survenu	Date:	Heure:	Lieu:	Cet évènement est déjà survenu: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas
-----------------------------------	-------	--------	-------	--

D: que s'est-il passé? Sélectionner la ou les cases qui décrivent le mieux l'incident

► 1. Sécurité biens et personnes	► 3. Défaillances techniques	► 5. Risques professionnels
<input type="checkbox"/> Brûlure ou risque de brûlure	<input type="checkbox"/> Téléphone	<input type="checkbox"/> Blessure par un résident
<input type="checkbox"/> Chute ou risque de chute	<input type="checkbox"/> Alarme Incendie / Syst. de désenfumage	<input type="checkbox"/> Piqûre <input type="checkbox"/> Coupure
<input type="checkbox"/> Fumée, odeur de brûlé, incendie	<input type="checkbox"/> Panne électrique / prise arrachée	<input type="checkbox"/> AES (Accident Exposant au Sang)
<input type="checkbox"/> Explosion (gaz, fluides...)	<input type="checkbox"/> Ascenseur	<input type="checkbox"/> Heurt et bris de verre
<input type="checkbox"/> Foudre	<input type="checkbox"/> Chauffage, ventilation, climatisation	<input type="checkbox"/> Accident avec machines et outillage
<input type="checkbox"/> Tempête / inondation / dégât des eaux	<input type="checkbox"/> Inondation / coupure d'eau / fuite	<input type="checkbox"/> Brûlure
<input type="checkbox"/> Dégradation / malveillance / vandalisme	<input type="checkbox"/> Contamination des réseaux	<input type="checkbox"/> Choc électrique
<input type="checkbox"/> Bris d'objet/ défaillance	<input type="checkbox"/> Défaut de maintenance	<input type="checkbox"/> Blessure en manutention
<input type="checkbox"/> Disparition de matériel/perte/vol ou suspicion	<input type="checkbox"/> Lits médicalisés / Barres de lits	<input type="checkbox"/> Chute de hauteur <input type="checkbox"/> Chute de plein pied
<input type="checkbox"/> Intrusion d'une personne extérieure au service	<input type="checkbox"/> Portes (digicode, serrure, verrou)	<input type="checkbox"/> Désorganisation du travail/absentéisme subi
<input type="checkbox"/> Animaux et insectes nuisibles	<input type="checkbox"/> Système de douche au lit	<input type="checkbox"/> Glissade sur sol mouillé
Prise en soins des usagers	<input type="checkbox"/> Dispositifs d'ergothérapie (fauteuils roulants, lève personnes, chaises de douche, matelas)	<input type="checkbox"/> Ventilation insuffisante
<input type="checkbox"/> Qualité des soins / douleur	<input type="checkbox"/> Machine à café, fontaine à eau, frigo, microonde	<input type="checkbox"/> Gaz ou vapeurs irritants ou nocifs
<input type="checkbox"/> Circuit du médicament / ordonnances	<input type="checkbox"/> Volets roulants / Fenêtres / Stores	<input type="checkbox"/> Inhalation de poussières
<input type="checkbox"/> Pharmacie, laboratoire	<input type="checkbox"/> Problème plomberie / canalisations bouchées	<input type="checkbox"/> Contamination par des liquides souillés
<input type="checkbox"/> Retours d'hospitalisation / dossier manquant	<input type="checkbox"/> Lavabo cassé / Fuite ou WC cassé	<input type="checkbox"/> Contact avec des déchets
<input type="checkbox"/> Ambulances / RDV ext. / Intervenants ext.	<input type="checkbox"/> Radiateur déscellé	<input type="checkbox"/> Contact avec personne contagieuse
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Système d'appel malade / sonnette extérieure	<input type="checkbox"/> Exposition aux bruits et vibrations
► 2. Comportement	<input type="checkbox"/> Défaillance sur équipement de cuisine/lingerie	<input type="checkbox"/> Contact ou projection de produit chimique
<input type="checkbox"/> Alcoolisation <input type="checkbox"/> Tabagisme	<input type="checkbox"/> Problèmes informatiques	<input type="checkbox"/> Risques pour la vue
<input type="checkbox"/> Trouble du comportement	<input type="checkbox"/> Détérioration des murs, du bâti	<input type="checkbox"/> Nuisances thermiques
<input type="checkbox"/> Intrusion d'un résident chez un autre résident	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Accident de trajet
<input type="checkbox"/> Harcèlement	► 4. Prestations hôtelières	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit Résident / Résident	<input type="checkbox"/> Propreté, hygiène des locaux et du matériel	Cette feuille ne servant pas de déclaration d'accident du travail, vous devez vous rendre impérativement au bureau du personnel réaliser votre déclaration d'accident du travail
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit Résident / Personnel	<input type="checkbox"/> Gestion des stocks (incontinence, épicerie...)	
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit Résident / Famille	<input type="checkbox"/> Alimentation (menus, régime, quantités ...)	
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit Famille / Personnel	<input type="checkbox"/> Gestion du courrier / journal	
<input type="checkbox"/> Violence ou conflit Personnel / Personnel	<input type="checkbox"/> Intoxication alimentaire	► 6. Droit des usagers
<input type="checkbox"/> Refus de la toilette par le résident	<input type="checkbox"/> Service hôtelier	<input type="checkbox"/> Respect du PVP, la vie privée & croyances
<input type="checkbox"/> Locaux souillés par les résidents désorientés	<input type="checkbox"/> Gestion du linge	<input type="checkbox"/> Information à caractère médical
<input type="checkbox"/> Résident se servant dans les réserves / Résident stockant en chambre	<input type="checkbox"/> Autre (précisez):	<input type="checkbox"/> Information à caractère administratif
<input type="checkbox"/> Sortie du service ou risque / Disparition		<input type="checkbox"/> Qualité de l'accueil
<input type="checkbox"/> Autre (précisez):		<input type="checkbox"/> Atteinte à l'intimité, non respect de l'utilisateur
		<input type="checkbox"/> Autre (précisez):

Description de l'évènement
<i>(écrire au dos si nécessaire)</i>

Mesures prises immédiatement ou propositions
<i>(écrire au dos si nécessaire)</i>

H: Conséquences immédiates apparentes		Gravité estimée	
<input type="checkbox"/> Décès, suite à l'évènement	<input type="checkbox"/> Pas d'impact	<input type="checkbox"/> Préjudice matériel	<input type="checkbox"/> Mineure
<input type="checkbox"/> Dommages corporels importants	<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="checkbox"/> Préjudice moral	<input type="checkbox"/> Modérée
<input type="checkbox"/> Dommages corporels modérés	<input type="checkbox"/> Perte de temps	<input type="checkbox"/> Insatisfaction	<input type="checkbox"/> Majeure

G: Personnes informées (nom, prénom, grade)
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Suites à donner (cadre réservé à la DIRECTION)

Fiche à transmettre impérativement à la DIRECTION