



DT9034

**Section 1 : Identification de la personne touchée**

Type de personne touchée :

Aucune (si oui, passez à la section 2)  Usager

Date de naissance N° de chambre N° de dossier

Année Mois Jour

Nom et prénom à la naissance

Nom usuel ou nom du conjoint

Adresse

Code postal Ind. rég. Téléphone

Sexe

M  F

N° d'assurance maladie

Nom du médecin traitant

Nom de l'établissement

CH  CHSLD  CPEJ  CLSC  CRD  CRDI  CRDP

**Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement**

Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat						

Lieu où s'est produit l'événement (précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :

**Information sur l'utilisateur**

Curatelle :  Non  Oui Type de déficience :  Aucune  Auditif  Cognitive  Intellectuelle  Langage  
 Si oui :  Privée  Publique  Motrice  Multifonctionnelle  Physique  Visuelle

**Situation préalable**

État de la personne :  Normal  Agité  Somnolent  Inconscient  Désorienté/coma  Agressif/violent  Comateux  
 Capacité de déplacement :  Surveillance requise :  Étroite  Continue  Complète  
 Autonomie :  Totale  Partielle  Dépendance totale  Inconnue  Usuelle

**Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, jugement, ni accusation, ni motif)**

*(This area is currently blank in the image)*

**Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)**

**A- Chute :**  Chute  Quasi-chute (décrivez les circonstances précises, veuillez cocher la case appropriée)

Bain/douche  Cuisine/restaurant  Civière  En circulant  Escalier ève-personne  Lit  Lors d'activités  
 Lors d'un transfert  Toilette  Trouvé par terre  Autre (précisez) :

**B- Erreur de :**  Médicament  Traitement/intervention  Diète

Allergie connue  Conservation/entreposage  Disparition/décompte  Disponibilité  Dose/débit  
 Heure/date d'administration  Identité de l'utilisateur  Infiltration/extravasation  Non respect d'une procédure/protocole  Omission  
 Préparation  Trouvé  Type/date/heure/circonstance  Voie d'administration  
 Autre (précisez) :

Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				Médicament/traitement/intervention/diète qui aurait dû être administré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements :

**C- Test diagnostique :**

Laboratoire  
 Pré-analytique  Analytique  Post-analytique  Description  Erreur de saisie liée à l'ordonnance  
 Erreur liée à l'identification  Non respect d'une procédure  Autre (précisez) :

Identification

**Section 4 : Type d'événement** (Faire un choix de A à G)**C- Test diagnostique** **Imagerie**

- Angiographie     Échographie     Fluoroscopie     IRM (résonance magnétique)     Mammographie     Ostéodensitométrie  
 Radiographie     SPECT (tomographie d'émission monophotonique)     Stéréotaxie     TEP Scan (tomographie par émission de positrons)  
 Tomodensitométrie     Autre test (précisez) : \_\_\_\_\_  
**Type :**     Dose     Examen prescrit     Identité de l'utilisateur     Qualité de l'image clinique     Protocole administré  
 Réaction indésirable     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Examen/Protocole qui a effectivement été administré

Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré

Identification

Identification

Autres renseignements :

**D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)**

- Retraitement des dispositifs médicaux (RDM)     Utilisation d'un matériel médical à usage unique, critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)

**E- Problème de :**     Matériel     Équipement     Bâtiment     Effet personnel

Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :

- Bris/défectuosité     Dégât d'eau     Disparition/perte     Disponibilité     Incendie     Panne d'alarme/surveillance  
 Panne électrique     Panne informatique     Panne système télécom.     Programmation     Salubrité     Sécurité des infections  
 Utilisation non conforme     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation**

- Abus     Agression     Harcèlement     Intimidation    **Type :**     Physique     Psychologique/Verbal     Sexuel     Financier

**G- Autres types d'événements** (veuillez cocher la case appropriée)

- Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)     Automutilation     Blessure d'origine connue     Blessure d'origine inconnue  
 Bris de confidentialité     Déficit chirurgical exact/omis     Défaut de port d'équipement / défaut de port de matériel de protection     Désorganisation comportementale (avec blessure)  
 Erreur liée au dossier     Évasion (porte fermée)     Événement en lien avec une activité     Événement relié au transport  
 Fugue/disparition (encadrement intensif)     Intoxication suite à consommation de drogue/alcool ou substance dangereuse     Lié au consentement     Lié à l'identification  
 Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)     Obstruction respiratoire     Plaie à pression     Relation sexuelle en milieu d'hébergement  
 Tentative de suicide/suicide     Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Section 5 Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée** (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

- Aucune     Psychologiques     Physiques     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Décrivez les conséquences physiques (plaies de corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

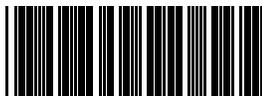
**Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)**

Décrivez les mesures prises :

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

**Section 7 : Nom du déclarant** (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettre moulées)	Titre ou fonction	Numéro de permis	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
--------------------------------------	-------------------	------------------	-------------	-----------	--------------------------



DT9034

Nom de l'établissement
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CPEJ <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> CRD <input type="checkbox"/> CRDI <input type="checkbox"/> CRDP

Section 2 : Date, heure, lieu de l'événement						
Événement	Date			Heure		<input type="checkbox"/> Réelle <input type="checkbox"/> Estimée <input type="checkbox"/> Indéterminée
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	

Lieu où s'est produit l'événement	(précisez le site, le service, l'unité, le lieu, le type de local ou d'espace) :
-----------------------------------	--

Information sur l'utilisateur	
Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Type de déficience : <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Auditif <input type="checkbox"/> Cognitive <input type="checkbox"/> Intellectuelle <input type="checkbox"/> Langage
Si oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique	<input type="checkbox"/> Motrice <input type="checkbox"/> Multifonctionnelle <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Visuelle

Situation préalable	
État de la personne : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Inconscient <input type="checkbox"/> Désorienté/confus <input type="checkbox"/> Agressif/violent <input type="checkbox"/> Comateux	Capacité de déplacement : <input type="checkbox"/> Surveillance requise : <input type="checkbox"/> Surveillance requise :
Autonomie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Dépendance totale	<input type="checkbox"/> Inconcomplet <input type="checkbox"/> Usuelle <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Continue <input type="checkbox"/> Incomplète

Section 3 : Description factuelle, objective et détaillée de l'événement (sans analyse, jugement, ni accusation, ni motif) (sans analyse, jugement, ni accusation, ni motif)	

Section 4 : Type d'événement (Faire un choix de A à G)	
<b>A- Chute :</b> <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Quasi-chute (décrivez les circonstances précises, veuillez cocher la case appropriée)	<input type="checkbox"/> Bain/douche <input type="checkbox"/> Chaise/steup <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> En circulant <input type="checkbox"/> Escalier <input type="checkbox"/> ève-personne <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Lors d'activités <input type="checkbox"/> Lors d'un transfert <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Trouvé par terre <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____
<b>B- Erreur de :</b> <input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Traitement/intervention <input type="checkbox"/> Diète	<input type="checkbox"/> Allergie connue <input type="checkbox"/> Conservation/entreposage <input type="checkbox"/> Disparition/décompte <input type="checkbox"/> Disponibilité <input type="checkbox"/> Dose/débit <input type="checkbox"/> Heure/date d'administration <input type="checkbox"/> Identité de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Infiltration/extravasation <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure/protocole <input type="checkbox"/> Omission <input type="checkbox"/> Préparation <input type="checkbox"/> Trouvé <input type="checkbox"/> Type/date/heure/circonstance <input type="checkbox"/> Voie d'administration <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____

a) Médicament/traitement/intervention/diète qui a effectivement été administré				b) Médicament/traitement/intervention/diète prescrit/diète qui aurait dû être administré			
Identification	Dose	Voie	Heure	Identification	Dose	Voie	Heure

Autres renseignements :
-------------------------

C- Test diagnostique :	
<input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Pré-analytique <input type="checkbox"/> Analytique <input type="checkbox"/> Post-analytique <input type="checkbox"/> Description <input type="checkbox"/> Erreur de saisie liée à l'ordonnance <input type="checkbox"/> Erreur liée à l'identification <input type="checkbox"/> Non respect d'une procédure <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____	
Identification	

### SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE

(Le déclarant doit remplir les sections 8 et 9)

Section 8 : Recommandation(s) ou suggestion(s) du déclarant	
Précisez les mesures/les actions à prendre pour prévenir la récurrence d'un tel événement :	

Section 9 : Témoin(s) de l'événement	
Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) :	Fonction ou type en lien avec l'utilisateur

(Le gestionnaire responsable du suivi doit remplir les sections 10 à 13)

Section 10 : Causes possibles	
<input type="checkbox"/> Inconnues <input type="checkbox"/> Environnementales <input type="checkbox"/> Liées à l'organisation du travail <input type="checkbox"/> Liées à la personne touchée <input type="checkbox"/> Liées à un fournisseur <input type="checkbox"/> Liées aux facteurs humains <input type="checkbox"/> Autres types de causes (précisez) : _____	
Précisez :	

Lorsque erreur de médication précisez l'étape du circuit	<input type="checkbox"/> Approvisionnement <input type="checkbox"/> Émission de l'ordonnance <input type="checkbox"/> Traitement de l'ordonnance à la pharmacie <input type="checkbox"/> Gestion de la médication à l'unité de soins/service/ressource d'hébergement
--	---

**Section 4 : Type d'événement** (Faire un choix de A à G)**C- Test diagnostique** **Imagerie**

- Angiographie     Échographie     Fluoroscopie     IRM (résonance magnétique)     Mammographie     Ostéodensitométrie  
 Radiographie     SPECT (tomographie d'émission monophotonique)     Stéréotaxie     TEP Scan (tomographie par émission de positrons)  
 Tomodensitométrie    Autre test (précisez) : \_\_\_\_\_  
**Type :**     Dose     Examen prescrit     Identité de l'utilisateur     Qualité de l'image clinique     Protocole administré  
 Réaction indésirable    Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Examen/Protocole qui a effectivement été administré****Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré**

Identification

Identification

Autres renseignements :

**D- Problème de retraitement des dispositifs médicaux (RDM)**

- Retraitement des dispositifs médicaux (RDM)     Utilisation d'un matériel médical à usage unique/critique ou semi-critique retraité par l'établissement (MMUU)

**E- Problème de :**     Matériel     Équipement     Bâtiment     Effet personnel

Description du matériel/de l'équipement/du bâtiment/de l'effet personnel en cause :

- Bris/défectuosité     Dégât d'eau     Disparition/perte     Disponibilité     Incendie     Panne d'assesseur  
 Panne électrique     Panne informatique     Panne système télécom.     Programmation     Salubrité     Sécurité des sépsies  
 Utilisation non conforme    Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**F- Problème d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation**

- Abus     Agression     Harcèlement     Intimidation    **Type :**     Physique     Psychologique/Verbal     Sexuel     Financier

**G- Autres types d'événements** (veuillez cocher la case appropriée)

- Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)     Automutilation     Blessure d'origine connue     Blessure d'origine inconnue  
 Bris de confidentialité     Décompte chirurgical exact/omis     Défaut de port d'équipement / équipement de protection     Désorganisation comportementale (avec blessure)  
 Erreur liée au dossier     Évasion (garde fermée)     Événement en lien avec une activité     Événement relié au transport  
 Fugue/disparition (encadrement intensif)     Intoxication suite à consommation de drogue/alcool ou substance dangereuse     Lié au consentement     Lié à l'identification  
 Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)     Obstruction respiratoire     Plaie à pression     Relation sexuelle en milieu d'hébergement  
 Tentative de suicide/suicide     Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feu, arme blanche, etc.)  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Section 5 : Conséquence(s) immédiate(s) observée(s) pour la personne touchée** (veuillez cocher la ou les case(s) appropriée(s))

- Aucune     Psychologiques     Physiques     Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Décrivez les conséquences physiques (plaies de corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

**Section 6 : Intervention(s) effectuée(s), mesure(s) prise(s) et personne(s) jointe(s) ou prévenue(s)**

Décrivez les mesures prises :

Personnes avisées	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite
	Nom :	Fonction ou lien :	Heure :	<input type="checkbox"/> Visite faite

**Section 7 : Nom du déclarant** (une seule personne)

Nom du déclarant (en lettre moulées)	Titre ou fonction	Numéro de permis	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
--------------------------------------	-------------------	------------------	-------------	-----------	--------------------------

**SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE****Section 11 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi**

- À l'endroit de l'utilisateur     À l'endroit du personnel     À l'endroit d'un intervenant contractuel  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Autre mesure de prévention :

Nom du gestionnaire ou responsable	Titre ou fonction	Numéro de permis	N° de poste	Signature	Date (année, mois, jour)
------------------------------------	-------------------	------------------	-------------	-----------	--------------------------

**Section 12 : Gravité**

- | Incident                   |                            | Accident                   |                            |                             |                             |                            |                            |                            | Événement sentinelle       |                              |                              |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E1 | <input type="checkbox"/> E2 | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> I | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**Section 13 : Divulgence** (obligatoire de D à I)

- Divulgence :**     N/A     Faite    **Documentation :**     Au dossier     Sur le « Rapport de divulgation »

Personne(s) à qui est faite la divulgation :

- Usager     Curatelle     Représentant légal  
 Parents/proches     Autre

Nom, prénom, numéro de permis de la personne responsable de la divulgation

Date (année, mois, jour)