

**– Circonstances de l'évènement**

- **Date de l'évènement :** Cliquez ici pour entrer une date.
- **Lieu de l'évènement :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**2 – Identité de la personne déclarante**

- **Nom, Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.
- **Qualité :** Choisissez un élément.
- **Mail / Téléphone :** Cliquez ici pour entrer du texte.

**3 – Identité de la personne à l'origine de l'évènement indésirable**

- **Nom, Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte.
- **Qualité :** Choisissez un élément.

**4 – Typologie de l'évènement**

Sélectionnez ci-après la (les) case(s) qui correspondent le mieux à l'évènement qui s'est produit :

Sécurité des personnes	Organisation	Maltraitance de l'utilisateur
<input type="checkbox"/> Conflit verbal <input type="checkbox"/> Agression physique <input type="checkbox"/> Harcèlement psychologique <input type="checkbox"/> Chute de personne <input type="checkbox"/> Chute d'objet sur une personne <input type="checkbox"/> Tentative de suicide ou d'automutilation <input type="checkbox"/> Fugue ou fuite <input type="checkbox"/> Blessure ou brûlure <input type="checkbox"/> Racket <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Retard important ou répété d'un professionnel <input type="checkbox"/> Absence injustifiée d'un professionnel <input type="checkbox"/> Absence injustifiée de l'utilisateur <input type="checkbox"/> Annulation répétée d'intervention en service <input type="checkbox"/> Problème de planning <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Négligences (non-respect de l'intimité, manque d'écoute...) <input type="checkbox"/> Abus physiques (atteinte à la liberté de circulation, contention, alimentation forcée...) <input type="checkbox"/> Abus psychologiques (isolement...) <input type="checkbox"/> Abus sexuels (attouchements, gestes, paroles...) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
Sécurité des biens	Système d'information (supports informatiques et papier)	Environnement et conditions d'ambiance
<input type="checkbox"/> Disparition <input type="checkbox"/> Dégradation <input type="checkbox"/> Vol (avéré ou soupçonné) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Données, dossier, équipements indisponibles <input type="checkbox"/> Information perdue <input type="checkbox"/> Information erronée <input type="checkbox"/> Défaut de confidentialité <input type="checkbox"/> Utilisation frauduleuse de matériel ou de données <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Problème de température <input type="checkbox"/> Mauvaise odeur <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/> Pollution <input type="checkbox"/> Inondation <input type="checkbox"/> Prolifération d'animaux <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
Transports	Prestations de restauration, d'hébergement et logistique	Locaux, installations et équipements
<input type="checkbox"/> Véhicule indisponible <input type="checkbox"/> Absence taxi <input type="checkbox"/> Retard taxi <input type="checkbox"/> Panne véhicule <input type="checkbox"/> Véhicule défectueux <input type="checkbox"/> Famille absente <input type="checkbox"/> Retard famille <input type="checkbox"/> Intempérie <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Problème d'argent de poche <input type="checkbox"/> Problème de restauration <input type="checkbox"/> Problème de linge <input type="checkbox"/> Problème de nettoyage ou de traitement des déchets <input type="checkbox"/> Problème d'approvisionnement en fournitures, gaz, eau et carburant <input type="checkbox"/> Problème de maintenance des installations <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Défaut d'alimentation électrique <input type="checkbox"/> Problème d'éclairage <input type="checkbox"/> Panne de chauffage <input type="checkbox"/> Panne des systèmes d'ouverture (portes, fenêtres...) <input type="checkbox"/> Panne des systèmes de communication <input type="checkbox"/> Local indisponible <input type="checkbox"/> Equipement absent ou défectueux <input type="checkbox"/> Départ de feu <input type="checkbox"/> Fuite d'eau <input type="checkbox"/> Fuite de gaz <input type="checkbox"/> Usage intempêtif des systèmes d'alarme <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :
Fournitures et consommables	Soins	Vigilances sanitaires
<input type="checkbox"/> Produit absent ou indisponible <input type="checkbox"/> Produit périmé <input type="checkbox"/> Produit défectueux <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Non-respect d'une règle d'hygiène <input type="checkbox"/> Exposition aux produits du corps humain <input type="checkbox"/> Incident ou accident relevant des vigilances sanitaires (voir ci-après) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/> Dispositif médical (matériorvigilance) <input type="checkbox"/> Médicament (pharmacovigilance) <input type="checkbox"/> Cas de grippe, autre infection et parasite, (infectiovigilance) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :

## FICHE UNIVERSELLE DE SIGNALEMENT D'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE (FUSEI)

### 5 – Description brève des faits et conséquences immédiates apparentes

### 6 – Estimation de la criticité du risque en fonction de la fréquence et de la gravité de l'évènement

Veuillez cocher ici la case correspondant à la fréquence ainsi qu'à la gravité de l'évènement indésirable signalé.

Gravité associée		Fréquence associée	
Mineure	<input type="checkbox"/>	Jamais	<input type="checkbox"/>
Significative	<input type="checkbox"/>	Rarement (1 fois / an)	<input type="checkbox"/>
Majeure	<input type="checkbox"/>	Parfois (1 fois / mois)	<input type="checkbox"/>
Critique	<input type="checkbox"/>	Souvent (1 fois / semaine)	<input type="checkbox"/>
Catastrophique	<input type="checkbox"/>	Tout le temps (tous les jours)	<input type="checkbox"/>

### 7 – Mesures prises immédiatement

A compléter par le Chef de Service

### 8 – Signalement de l'évènement

- Dépôt de plainte
- Rapport d'évènement
- Information au supérieur hiérarchique

### 9 – Traitement

A compléter par la Direction

- Traitement en interne
- Signalement aux autorités (préciser) :

### 10 – Suite à donner

- Situation évoquée en réunion de Direction
- Situation évoquée en réunion de chefs de services

### 11 – Retour d'informations

- Date du retour :
- Échéance de suivi :

### 12 – Commentaires éventuels