

FICHE DE RECUEILD'EVENEMENTS INDESIRABLES

PROFESSIONNEL / USAGER signalant les faits :

Nom :

Prénom :

Service :

Nom de la personne qui a aidé à remplir cette fiche :

LES FAITS

Lieu :

Date :

Heure :

Description :

LES ACTIONS IMMEDIATES

Témoins

FICHE DE SUIVI D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES

Nom :

Prénom :

LES SUITES DONNÉES A LA FICHE D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES

Copie de la fiche d'événements indésirables remise au correspondant le :

Les réponses données en interne

Y-a-t-il un signalement effectué ? oui non pas connaissance

Conséquences :

LES ACTIONS CORRECTIVES

S'il y a lieu, les actions mises en œuvre :

LA CLOTURE DU DOSSIER+

Le dossier est clos Date de clôture

Date et signature du correspondant vigilance :