

# AIDE-MÉMOIRE

## ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

### POUR LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

RESSOURCE :

NUMÉRO DU AH-223:

USAGER

NOM :

DATE DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

# DOSSIER :

ÉTAT DE LA PERSONNE AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

DÉFICIENCES :

ANTÉCÉDENTS :

SITUATION

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE :

CONSÉQUENCES :

SOUTIEN

MESURES OFFERTES À L'USAGER :

MESURES OFFERTES AUX PROCHES :

MESURES OFFERTES AUX INTERVENANTS :

ANALYSE

OÙ EST-CE ARRIVÉ?

COMMENT EST-CE ARRIVÉ?

COMBIEN DE FOIS?

QUAND EST-CE ARRIVÉ?

QUI EST CONCERNÉ?

CAUSES

**ENVIRONNEMENTALES**

Défectuosité équipement/matériel  Entretien inadéquat

Hygiène/salubrité/stérilité  Lacune aménagement  Non-disponibilité de l'équipement

**LIÉES AUX FACTEURS HUMAINS**

Connaissance insuffisante de l'utilisateur  Distraction

Non-respect du plan de soins/d'intervention  Non-respect d'une procédure/d'un protocole clinique

**LIÉES À L'ORGANISATION DU TRAVAIL**

Communication  Formation  Organisation des services

Supervision/encadrement  Personnel inexpérimenté/non entraîné  Personnel insuffisant/non qualifié

**LIÉES À LA PERSONNE TOUCHÉE**

Déficience  État préalable  Intoxiqué

Non-respect du plan de soins/d'intervention  Non-respect d'une consigne/directive/ordonnance

AUTRE :

# AIDE-MÉMOIRE

## ANALYSE D'UN ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE

### POUR LES RESSOURCES D'HÉBERGEMENT

ÉVALUATION

L'ÉVÉNEMENT ÉTAIT-IL ÉVITABLE?  OUI  NON

EST-CE LE PREMIER ACCIDENT DE CE TYPE?  OUI  NON

COMBIEN Y A-T-IL EU D'AUTRES ACCIDENTS DE CE TYPE?

EST-CE QU'UNE ÉVALUATION DU RISQUE ÉTAIT FAITE?  OUI  NON

SI OUI, ÉTAIT-ELLE DOCUMENTÉE?  OUI  NON

EST-CE QUE LE PLAN DE SOINS/INTERVENTION ADRESSAIT CE RISQUE?  OUI  NON

ÉTAIT-IL À JOUR ET RESPECTÉ?  OUI  NON

EST-CE QU'UN INCIDENT (A-B) AVAIT DÉJÀ ÉTÉ DÉCLARÉ?  OUI  NON

EST-CE QU'UN ACCIDENT (E1 À I) AVAIT DÉJÀ ÉTÉ DÉCLARÉ?  OUI  NON

DIVULGATION

PARTICULARITÉS SUITE À LA DIVULGATION INITIALE :

DIVULGATION SUBSÉQUENTE NÉCESSAIRE?  OUI  NON

DATE : HEURE :

PRÉSENTS À LA RENCONTRE :

RÉACTIONS :

QUESTIONS :

RECOMMANDATION

MESURES DE PRÉVENTION À METTRE EN PLACE :

RESPONSABLE :

ÉCHÉANCE :

PAR

NOM : PRÉNOM :

TITRE/RÔLE :

CHEF

NOM : PRÉNOM :

TITRE/RÔLE :