

N° de l'événement

RAPPORT DE DÉCLARATION D'INCIDENT OU D'ACCIDENT

N° du formulaire

Bien préciser les heures sur 24 heures.
Par exemple :
- 8 h 05 le soir, on écrira 20 h 05
- 1 h 25 du matin, on écrira 1 h 25
- Pour 2 h 30 de l'après-midi, on écrira 14:30



Section 1 : Identification de la personne touchée

Type de personne touchée :
 Aucune (si oui, passez à la section 2) Usager

Date de naissance : Année Mois Jour
 1 / /

Le AH-223 est pour la déclaration d'événements survenus dans le cadre d'une prestation de soins et de services aux usagers.
 • Ainsi, pour les événements touchant un visiteur, aviser votre supérieur immédiat qui avisera la gestion des risques.
 • On identifie l'usager avec l'adressographe.
 • Il est possible que personne ne soit touchée lorsqu'il s'agit d'un incident. La case aucune devra donc être cochée.

2 Nom de l'établissement

CH CHSLD CJ CLSC CRD CRDI CRDP

3 **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. | |

4 Lieu où s'est produit l'événement (précisez le site, le service, l'unité, ...)

Précisez où s'est produit l'événement (ex. : site, unité, service, type local ou espace)
Précisez l'endroit précis (chambre, cafétéria, escalier, stationnement, etc.) où s'est produit l'événement.

5 **Information sur l'usager**

Curatelle : Non Oui
 Si oui : Privée Publique

Type de déficience : Aucune Auditive Cognitive Intellectuelle Langage
 Motrice Multidéficiences Physique Visuelle

Situation préalable Éléments essentiels afin de bien connaître notre clientèle

État de la personne : Normal Agité Somnolent Inconnu Désorienté/confus Agressif/violent Comateux

Capacité de déplacement :
 Autonomie : Totale Partielle Dépendance totale Inconnu
 Surveillance requise : Usuelle Étroite Continue Inconnue

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

6 Décrivez l'événement clairement et objectivement. N'abusez pas des abréviations. Donnez le plus de renseignements possibles sans proférer d'accusation.
 • Si cet événement implique un autre usager, ne mentionnez pas son nom ni son numéro de chambre. Inscrivez uniquement son numéro de dossier.
 Attention : les faits connus seulement (pas d'accusation, pas d'interprétation, non nominatif)
 ex: Résidente coincée durant 25 minutes dans la toile.
 Résidente coincée dans l'ascenseur durant 30 minutes, anxieuse, crie.
 Mme a chuté de son lit avec les ridelles montées.

Au CISSS Montérégie Est, toutes les chutes sont déclarées, même les chutes répétitives.

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

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

Bain/douche Chaise/fauteuil Civière En circulant Escalier Lève personne Lit Lors d'activités
 Lors d'un transfert Toilette Trouvé par terre Autre (précisez) : _____

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

Allergie connue Conservation/entreposage Disparition/décompte Disponibilité Dose/débit
 Heure/date d'administration Identité de l'usager Infiltration/extravasation Non respect d'une procédure/protocole Omission
 Péremption Trouvé Type/sorte/texture Voie d'administration
 Autre (précisez) : _____

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

•IMPORTANT : Bien identifier de façon lisible le médicament (nom, dose, voie, heure) le traitement ou la diète dans les sections concernées.

Autres renseignements :

C- Test diagnostique :

10 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 **IMPORTANT : Pour les précisions des libellés pour les tests diagnostiques, se référer au Guide d'utilisation du AH-223.**

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

C- Test diagnostique

IMPORTANT : Pour les précisions des libellés pour les tests diagnostiques, se référer au Guide d'utilisation du AH-223.

I- Imagerie

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

10

Examen/Protocole qui a effectivement été administré

Examen/Protocole prescrit qui aurait dû être administré

Identification

Identification

Autres renseignements :

Lors d'un événement en lien avec le RDM, remplir cette section et aviser votre supérieur immédiat pour que l'intervenant pivot en RDM soit avisé à son tour afin qu'il remplisse le rapport d'analyse en RDM (RARDM : AH-223-2-RDM).

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 retiré par l'établissement (MMUU)

11

E- Problème de : Matériel Équipement Bâtiment Effet personnel

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

- Bris/défectuosité
- Panne électrique
- Utilisation non conforme
- Dégât d'eau
- Panne informatique
- Autre (précisez) : _____
- Disparition/perte
- Panne système télécom.

12

AH-223 est complété lorsqu'une situation d'abus, d'agression, de harcèlement ou d'intimidation survient entre usagers.

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

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

13

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

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

14

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 (parties du corps, douleurs, ecchymoses, fractures, etc.), psychologiques ou autres pour la personne touchée :

Il faut décrire les blessures et/ou les impacts immédiats et observés de l'événement sur l'état de santé ou le bien-être de la personne victime de l'accident (ex. : ecchymose, douleur...)
•Ne pas écrire les conséquences potentielles (ex. : risque de fracture...)

15

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

Décrivez les mesures prises :

Décrire l'évaluation effectuée (ex. : examens physiques, S.V., tests diagnostiques, etc.) ainsi que les soins ou mesures prises pour contrer ou atténuer les conséquences.

16

| Personnes avisées | Nom | 1) Énumérer les personnes contactées (ex: assistante, gestionnaire, coordonnatrice, médecin, famille, curateur) | Fonction ou lien : | Heure : | <input type="checkbox"/> Visite faite |
|-------------------|-----|---|--------------------|---------|---------------------------------------|
| | Nom | 2) le moment où elles sont avisées et | Fonction ou lien : | Heure : | <input type="checkbox"/> Visite faite |
| | Nom | 3) si une visite a été faite. | Fonction ou lien : | Heure : | <input type="checkbox"/> Visite faite |

17

Section 7 : Nom du déclarant (une seule personne)

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

Coordonnées complètes du déclarant parce qu'on pourrait vouloir vérifier des informations plus tard.

18

Rappel de consignes

- Le guide d'utilisation joint à chacun des rapports est un outil pratique à consulter pour savoir comment remplir le rapport
- Remplir soigneusement toutes les sections du formulaire, mêmes celles qui sont facultatives.
- Écrire lisiblement et assurez-vous que les informations apparaissent aussi sur la copie jaune lorsque la déclaration est complétée sur le formulaire papier.
- Donner un portrait le plus exact possible.
- Un rapport par événement (ex : mauvaise dose donnée au mauvais usager nécessite 2 déclarations)
- On ne relate que des faits. Pas d'opinion, pas de jugement, pas de nom. On ne parle pas au « je ».
- Pour les incidents (ex : situation à risque, usager n'a pas été touché), ne pas mettre la copie blanche au dossier.
- Pour les accidents (usager a été touché avec ou sans conséquence), mettre la copie blanche au dossier ou une impression de la déclaration informatisée.
- Remettre à la personne désignée du CISSS de la Montérégie Est, lorsque la déclaration est complétée sur le formulaire papier.
- Garder les preuves s'il y a lieu (ex. : équipement brisé).

| 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 : | |
| IMPORTANT : Permet au déclarant de proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence. Le déclarant doit remplir cette partie. | |
| Section 9 : Témoin(s) de l'événement | |
| Nom et numéro de téléphone (adresse au besoin) : | Fonction ou type en lien avec l'usager |
| (Le gestionnaire responsable du suivi doit remplir les sections 10 à 13) | |
| Section 10 : Causes possibles | |
| <input type="checkbox"/> Inconnue <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 : Le gestionnaire doit identifier et préciser la cause possible en se référant au guide | |
| 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 | |
| <input type="checkbox"/> Gestion de la médication à l'unité de soins/service/ressource d'hébergement | |

Lorsqu'une erreur de médicament est identifiée à la section 4B, l'étape du circuit du médicament doit obligatoirement être précisée

Guide aux gestionnaires

Section 10: Causes possibles: le gestionnaire doit identifier et préciser la cause possible en se référant au guide.

Lorsqu'une erreur de médicament est identifiée à la section 4B, l'étape du circuit du médicament doit obligatoirement être précisée.

Section 11: Permet au gestionnaire de proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence
Coordonnées complètes du gestionnaire sont requises

Section 12: En se référant au guide le gestionnaire repère le niveau de GRAVITÉ approprié à l'événement en tenant compte des conséquences constatées.

Section 13: Divulgence: Précisez si la divulgation est non applicable ou si elle a été faite.
Précisez ensuite à quel endroit elle a été documentée
(dossier de l'utilisateur ou rapport de divulgation – AH-223-3).

Précisez à qui la divulgation a été faite en choisissant parmi les choix proposés.

NOTE : La divulgation est obligatoire pour tout accident avec conséquences. La réalisation des conséquences doit être certaine, même si elles ne sont pas encore apparentes ou manifestes lors de la divulgation.

En ce sens, les obligations liées à la divulgation ne concernent que les accidents dont la gravité se situe entre E1 et I.

| SECTIONS RÉSERVÉES POUR UNE ANALYSE SOMMAIRE | | | | | |
|--|----------------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|---|
| Section 11 : Mesures de prévention de la récurrence retenues par le gestionnaire responsable du suivi | | | | | |
| <input type="checkbox"/> À l'endroit de l'utilisateur <input type="checkbox"/> À l'endroit du personnel <input type="checkbox"/> À l'endroit d'un intervenant contractuel <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ Autre mesure de prévention : _____ | | | | | |
| Permet au gestionnaire de proposer des mesures susceptibles de prévenir la récurrence donc on identifie et précise | | | | | |
| Coordonnées complètes du gestionnaire sont requises | | | | | |
| Nom du gestionnaire ou responsable | | Titre ou fonction | | 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"/> Indéterminée | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Section 13 : Divulgence (obligatoire pour E1 à I) | | | | | |
| Aviser la gestion des risques de tout événement sentinelle | | | | | |
| Divulgence : | | Documentation : | | | |
| <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Faite | | <input type="checkbox"/> Au dossier <input type="checkbox"/> Sur le « Rapport de divulgation » | | Date (année, mois, jour) | |
| Personne(s) à qui est faite la divulgation : | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Curatelle <input type="checkbox"/> Représentant légal | | Nom, prénom de la personne responsable de la divulgation | | | |
| <input type="checkbox"/> Parents/proches <input type="checkbox"/> Autre | | IMPORTANT : se référer au Guide d'utilisation du AH-223 pour la gravité et la divulgation | | | |

| Section 11 : Gravité de l'événement | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| INCIDENT | A | Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'utilisateur. | |
| | B | Un événement est survenu, mais l'utilisateur n'a pas été touché (échappée belle). | |
| ACCIDENT | Divulgateion obligatoire | C | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention). |
| | | D* | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et des vérifications additionnelles (surveillance, tests, ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence. |
| | | E1 | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich). |
| | | E2 | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, intervention ou traitement spécialisé qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins. |
| | | F | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement. |
| | | G | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie). |
| | | H | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire). |
| | | I | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès. |
| Indéterminé | | Un événement indésirable est survenu, a touché l'utilisateur mais les conséquences sont inconnues au moment de la déclaration. | |

* À partir du moment où on doit faire des tests ou procéder à des examens, on doit obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur. On doit donc l'informer des raisons justifiant ces interventions non prévues.