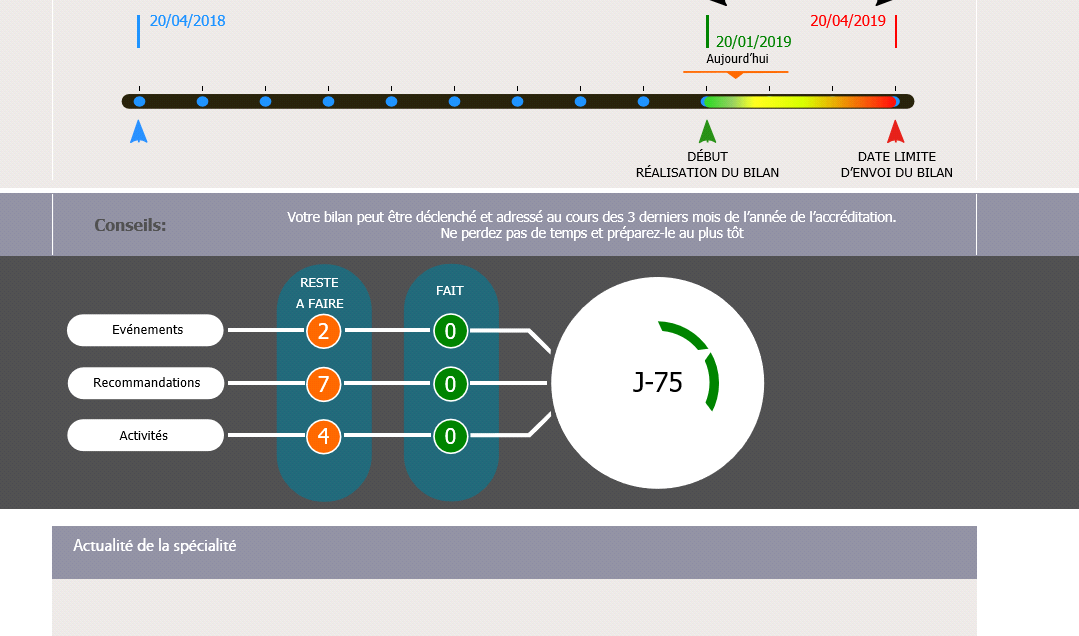
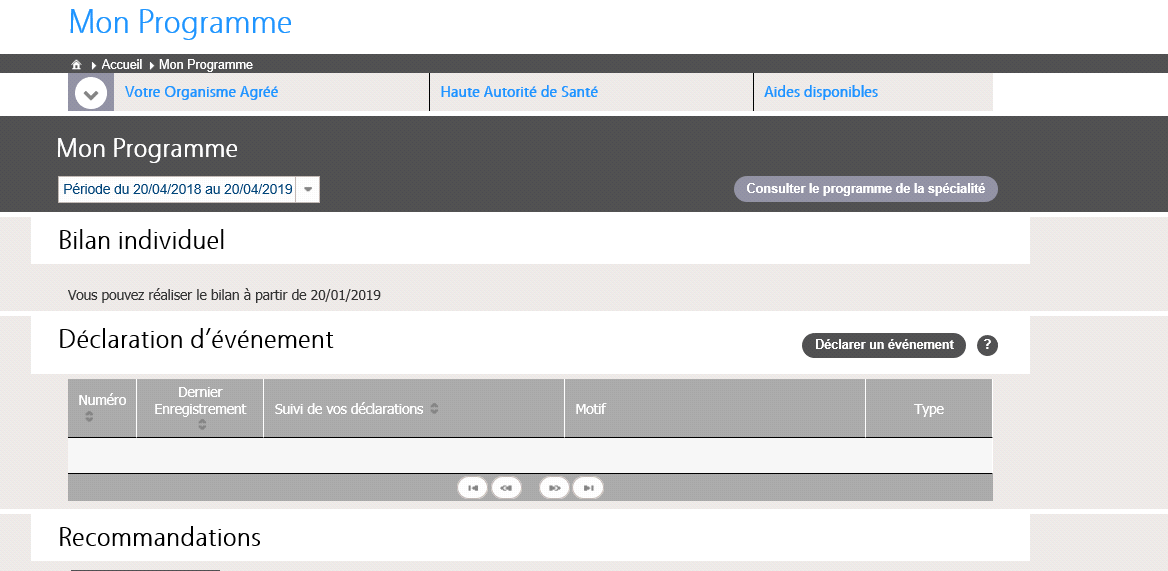
**Déclarer un EIAS sur le SIAM**

**Déclarer un EIAS depuis la page d’accueil**



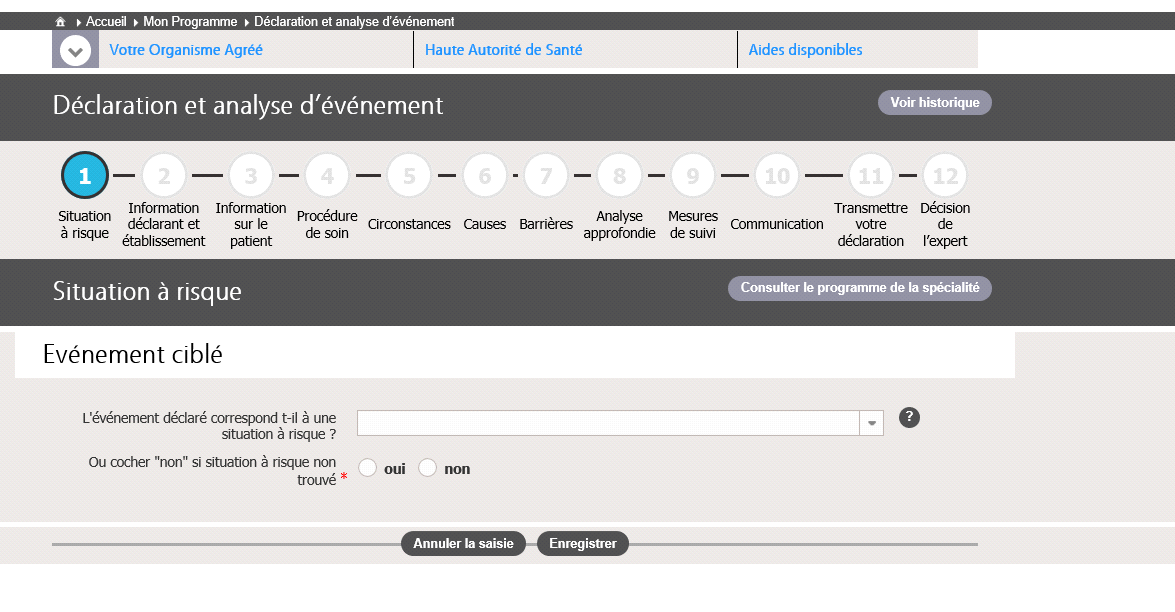
**Le médecin référent de l’équipe va sur sa page d’accueil et clique sur événements. Il peut le faire à tout moment de l’année**

**Déclarer un EIAS depuis la page programme**



**Icone déclarer un évènement depuis la page programme**

**Page de départ : identifier la situation à risque**



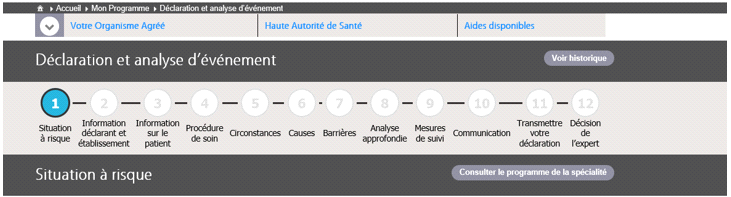
**Votre programme comporte 3 sar :**

**Non-respect d’une contre-indication à l’IRM**

**Utilisation inadaptée de produits de contrastes iodés / gadolinés**

**Accident hémorragique en radiologie interventionnelle de patient sous traitement par les anticoagulants oraux directs (AOD) et antiagrégants plaquettaires**

**Etape 1 – Situation à risque**



**Evènement ciblé**

**L'événement déclaré correspond t-il à une situation à risque ?**

**Non-respect d’une contre-indication à l’IRM**

**Utilisation inadaptée de produits de contrastes iodés / gadolinés**

**Accident hémorragique en radiologie interventionnelle de patient sous traitement par les anticoagulants oraux directs (AOD) et antiagrégants plaquettaires**

**Ou cocher « non » si situation à risque non trouvé**

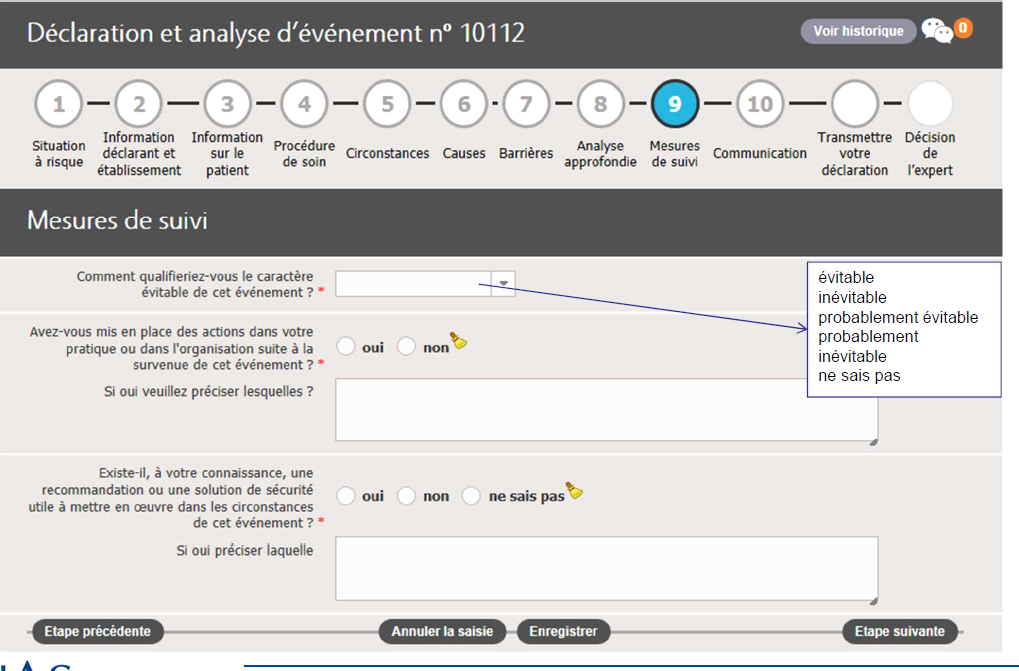
**oui non**

**Etape 2 / Information sur le déclarant et son établissement**



|  |
| --- |
| **Déclarent** *(Saisie automatique des données administratives issues du dossier du médecin. Si des informations sont inexactes, elles peuvent être corrigées en allant sur « mon compte » de l’écran d’accueil ou en cliquant sur le bouton de « mise à jour des données »)*  **Mode d'exercice de l'activité**  **Libéral   Salarié**  **Libéral et salarié**  **Médecin militaire**  **Spécialité ou activité :**    **Organisme d’accréditation :** |
| **Équipe  Cancérologie  Lithlase  Transplantation et IRC  Urologie et Périnéologie de la femme  Traumatologie  Andrologie  Infectiologie-urologie  Neuro-urologie  Troubles mictionnels de l’homme   Urologie de l’enfant et de l’adolescent  Matériels et techniques pacifiques**  **Etablissement  (***Les informations sur les établissements sont chargées de la même façon. Quand le médecin travaille dans plusieurs établissements il désigne celui dans lequel s’est déroulé l’événement. Seul un établissement peut être désigné)* |
| **Organisme l’établissement dans lequel s’est déroulé l’élément :**  **Région :**  **Type d’établissement :**  **Nature de l’activité :**  **Etape 3 / Information sur le patient**    **Information sur le patient**  **Sexe Féminin Féminin**  **Age :**  **Taille :**  **Poids :**  **En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'événement indésirable :**   |  | | --- | | **Diagnostic principal de prise en charge** *(Choléra, Choléra à Vibrio cholerae 01, biovar cholerae, Choléra, sans précision, Fièvres typhoïde et paratyphoïde ex……..) :* | | **Saisir le code CIM10** *(classification internationale des maladies) :*  **Ou cocher un choix si diagnostic non trouvé**  **ne sais pas**  **non concerné  non trouvé**  **Avant la survenue de l'événement indésirable, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ?**  **Très complexe**  **Plutôt complexe**  **Plutôt non complexe**  **Non complexe**  **Ne sais pas**  **Le cas échéant, quel était le score de gravité clinique ?**  **IGS II**  **ASA**  **Glasgow**  **Child**  **NYHA**  **EUROSCORE II**  **Quels éléments de la situation clinique sont susceptibles d'avoir favorisé l'événement ?**  **Etape 4 / Procédure et soin**    **Quel était le but de l'acte médical ?**  **Thérapeutique**  **Dépistage**  **Ne sais pas**  **Saisir le code CCAM :**  **Désigner l’acte médical réalisé :**  **Ou cocher un choix si aucun acte trouvé**  **Ne sais pas**  **Non concerné**  **Non trouvé**    **Veuillez préciser, le cas échéant si une technique particulière a été utilisée ?**  **Ne sais pas Non concerné Non trouvé**  **L'événement est-il en lien avec l'utilisation d'un produit de santé ?**  **Ne sais pas Non concerné Non trouvé**  **Si oui, indiquez lequel**  **Médicament**  **Médicament dérivé du sang**  **Dispositif médical implantable**  **Produit sanguin labile**  **Dispositif médical  Autre produit de santé**  **L'événement est-il en lien avec l'utilisation des rayonnements ionisants ? \***  **Non Oui Ne sais pas** | |  | |
| **Etape 5 / Circonstaces de l’évenement** | | | |
|  | | | |
| |  | | --- | | **Que s'est-il passé ?** | | **Quelle est la localisation précise de survenue de l'événement ?**  **Unité Hospitalisation**  **Bloc opératoire**  **Salle de surveillance post-interventionnelle**  **Unité de réanimation, de soins intensifs**  **Salle de cathétérisme, d'endoscopie, d'exploration fonctionnelle, de dialyse**  **Unité de consultation, salle de pansement**  **Unité ou salle de kinésithérapie**  **Salle de travail (maternité)**  **Service de radiologie**  **Service des urgences**  **Parties « communes » de l'établissement (couloirs, ascenseurs, escaliers, parking, etc.)**  **Autre, préciser**  **Ne sais pas** | | **L'événement s'est-il déroulé pendant une période vulnérable ?**  **Oui Non Ne sais pas** | | **Si oui, veuillez préciser**  **Nuit**  **Weeek-end**  **Jour férié**  **Heure de changement d’équipe**  **Autre** | | **Veuillez préciser** | | **Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'événement ?**  **Urgence immédiate  Urgence différable de quelques heures  Urgence différable de quelques jours  Non urgent   Ne sais pas** | | **La prise en charge était-elle programmée ?**  **Oui Non Ne sais pas** | | **Dans quelles circonstances cet événement s'est arrêté ?**  **Hospitalisation complète**  **Ambulatoire**  **RAAC (récupération améliorée après chirurgie)**  **Non applicable**  **L'événement a-t-il provoqué une infection nosocomiale ?**  **Oui Non Ne sais pas**  **Quel est le niveau de gravité des conséquences constatées pour le patient ?**  **Niveau 1 mineur**  **Niveau 2 significatif**  **Niveau 3 majeur**  **Niveau 4 et 5 critique à catastrophique** | |  | | **Des conséquences sont-elles survenues ?**  **Oui Non Ne sais pas** | | **Commentaire**  **Etape 6 / Causes de l’évenement** | |  | | Avez-vous identifié les causes immédiates de l'événement ?  oui non  **Si oui, veuillez préciser** *(Défaillance de l’indication de l’examen, Défaillance de la demande (mal remplie, erronée,), Défaillance des informations recueillies auprès du patient (patient non coopérant ou inconscient) ex….)*  **Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser**  **Commentaire**  Causes liées aux patients :  Oui Non Ne sais pas  Si oui, veuillez préciser  Antécédents  Etat de santé (pathologies, co-morbidités)  Traitements  Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux  Relations conflictuelles  Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser  Commentaire  Causes liées aux tâches à accomplir  oui non je ne sais pas  Si oui, veuillez préciser :  Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)  Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)  Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)  Définition des tâches  Programmation, planification  Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser  Commentaire  Causes liées à l'individu (soignant)  oui non je ne sais pas  Si oui, veuillez préciser :  Qualifications, compétences  Facteurs de stress physique ou psychologique  Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser  Commentaire  Causes liées à l'équipe  Oui Non Je ne sais pas  Si oui, veuillez préciser :  Communication entre professionnels  Communication vers le patient et son entourage  Informations écrites (dossier patient, etc.)  Transmissions et alertes  Répartition des tâches  Encadrement, supervision  Demande de soutien ou comportement face aux incidents  Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser  Commentaire  Causes liées à l'environnement de travail  Oui Non Ne sais pas  Si oui, veuillez préciser :  Administration  Charge de travail, temps de travail  Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites  Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)  Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)  Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)  Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)  Retards, délais  Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser  Commentaire  Causes liées à l'organisation et au management  oui non je ne sais pas  Si oui, veuillez préciser :  Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)  Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant  Politique de formation continue  Gestion de la sous-traitance  Politique d'achat  Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement  Ressources financières  Si vous avez identifié d’autres causes immédiates, veuillez les préciser  Commentaire  Causes liées au contexte institutionnel  oui non je ne sais pas  Si oui, veuillez préciser :  Politique de santé publique nationale  Politique de santé publique régionale  Systèmes de signalement  Si vous avez identifié d’autres causes profondes, veuillez les préciser  Commentaire  Expliquez vos choix de causes profondes |   **Etape 7 / Barrières de l’évenement**    **Avez-vous identifié des barrières qui n'ont pas fonctionné ?**  **oui non Ne sais pas**  **Si oui, veuillez préciser :**  **Communication demandeur/radiologue  Dossier patient  Recommandations disponibles, protocoles de service  Demande nominative, écrite, datée, signée comportant le respect des CI  Information et vigilance du patient et de son entourage  Surveillance du patient pendant l’examen  Surveillance clinique et biologique du patient  Vérification ultime par le soignant avant réalisation de l’examen  Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou Logiciel prescription)  Consultation pré-interventionnelle (radiologues et parfois anesthésiste)**  **Avez-vous identifié des barrières qui ont permis d'arrêter l'événement avant qu'il ne devienne encore plus grave ? oui non**  **Si oui, veuillez préciser :**  **Communication demandeur/radiologue  Dossier patient  Recommandations disponibles, protocoles de service  Demande nominative, écrite, datée, signée comportant le respect des CI  Information et vigilance du patient et de son entourage  Surveillance du patient pendant l’examen  Surveillance clinique et biologique du patient  Vérification ultime par le soignant avant réalisation de l’examen  Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou Logiciel prescription)** | | | |
| **Etape 8 / Analyse approfondie** | | | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

**Etape 9 / Mesures et suivie**



**Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet événement ?**

**Evitable  
 Inévitable  
 Probablement évitable  
 Probablement inévitable  
 Ne sais pas**

**Avez-vous mis en place des actions dans votre pratique ou dans l'organisation suite à la survenue de cet événement ?**

**oui non**

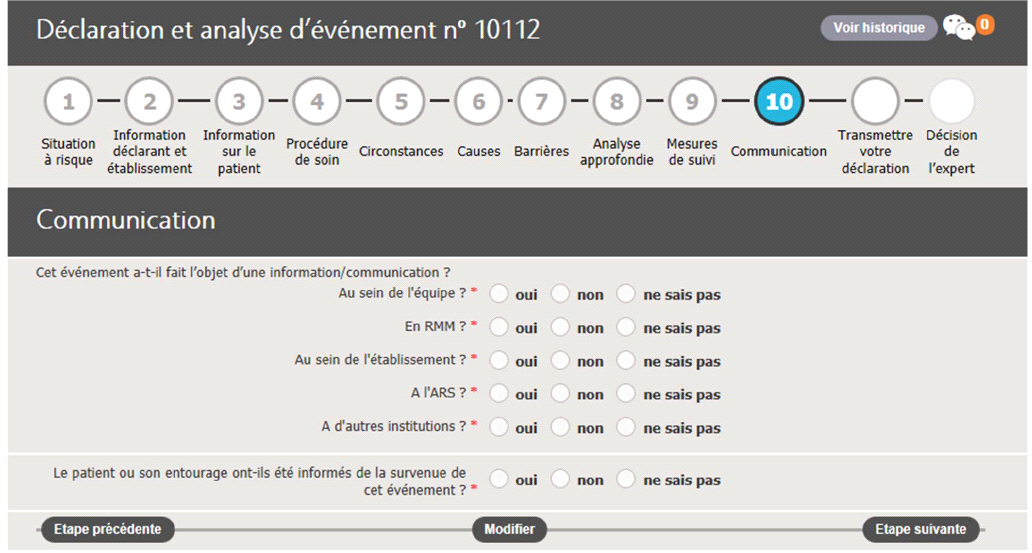
**Si oui veuillez préciser lesquelles ?**

**Existe-il, à votre connaissance, une recommandation ou une solution de sécurité utile à mettre en œuvre dans les circonstances de cet événement ?**

**Oui Non Ne sais pas**

**Si oui préciser laquelle**

**Etape 10 / Communication**



**Cet événement a-t-il fait l’objet d’une information/communication ?**

**oui non je ne sais pas  
Si oui, veuillez préciser :**

**Au sein de l'équipe ?**

**oui non je ne sais pas**

**Si oui, veuillez préciser :**

**En RMM ?**

**oui non je ne sais pas**

**Si oui, veuillez préciser :**

**Au sein de l'établissement ?**

**oui non je ne sais pas**

**Si oui, veuillez préciser :**

**A l'ARS ?**

**oui non je ne sais pas**

**Si oui, veuillez préciser :**

**A d'autres institutions ?**

**oui non je ne sais pas**

**Si oui, veuillez préciser :**

**Le patient ou son entourage ont-ils été informés de la survenue de cet   
cet événement ?**

**oui non je ne sais pas**

**Si oui, veuillez préciser :**

**Commentaire :**

**Documents joints**

***Envoyer à l’OA***