FICHE D'EVENEMENT INDESIRABLE

DECLARANT :

Nom de l'établissement :

Nom : Fonction :

Prénom :

INCIDENT :

Date :

Heure :

Victime :

Nom : Prénom : Age :

Service de provenance :

Evénement déjà survenu : ◯ oui ◯ non ◯ ne sais pas

DESCRIPTION DES FAITS :

CONSEQUENCES POUR LE SERVICE ET/OU LE PATIENT

REPONSE DE LA FILIERE