|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Pôle Santé Eula*** | Fiche de déclaration **en interne**  d’un Evènement Indésirable (EI) | *Date de création : 22/01/2020* |
| *Date de mise à jour : 02/04/2020* |

**Date de déclaration en interne de l’évènement indésirable : 25/05/2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENREGISTREMENT DE l’ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE** | | |
| **Date et lieu de survenue de l’évènement**  Date : 22/05/2020 Heure : 15h00 Lieu : Service de chirurgie | | **N° d’enregistrement en interne : 212** |
| **Emetteur de la déclaration**  Nom, Prénom, Fonction :  Yannick M., interne en médecine | **Personne(s) concernée(s) par l’évènement**  ⌧ Résident 🞏 Personnel 🞏 Intervenant extérieur 🞏 Visiteur  Nom, Prénom (H/F) : MADELAINE, Jeannette (F)  Age : 86 ans  **Lieu de survenue (unité, spécialité) :** Chirurgie | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **NATURE DE L’EVENEMENT INDESIRABLE (EI) *(à cocher)*** | | | **Décès inexpliqué ou menace de la sécurité de l’usager** | | 🞏 Décès inattendu ou inexpliqué  🞏 Conduites suicidaires (tentative de suicide ou suicide) | | 🞏Disparition inquiétante d’un résident (ex : fugue) | |  | | **EI lié aux soins** | | ⌧ Erreur ou évènement indésirable associé à des soins (erreur dans l’exécution d’un acte, retard de prise en charge, erreur d’identification du résident, erreur médicamenteuse, défaut de surveillance, manque d’hygiène...)  🞏 Evènement indésirable susceptible d’être dû à un médicament : lié à ses propriétés pharmacologiques, son mésusage ou son abus *(ex : hémorragie sous AVK, urticaire sous morphine, etc.)*  🞏 Incident ou risque d’incident susceptible d’être dû à un dispositif médical | | 🞏 Infection associée aux soins *(Si EHPAD rattaché à un établissement de santé, déclarer également à l'Agence Nationale de Santé Publique via e-sin :* <https://esin.invs.sante.fr/appli_esin/> *)* | | 🞏Accident d’exposition au sang *-> Déclarer à la médecine du travail et à la CNAM (= accident du travail)* | | **Chute** | | 🞏 Chute *(Recenser en interne l’ensemble des chutes + analyse annuelle des causes de chute)* | | **Maltraitance et violence** | | 🞏 Maltraitance vis-à-vis du ? ou causé par ? résident (violence physique, psychique, médicale, matérielle ou financière, négligence, privation de droits)  🞏 Violence entre résidents ou agression envers un professionnel | | | **Sécurité des locaux et du matériel** | | 🞏 Sécurité des biens (disparition, casse, vol, vandalisme, etc.) | | 🞏 Système d’information (équipement indisponible, défaut de confidentialité, perte d’information) | | 🞏 Environnement (température inadéquate, mauvaise odeur, nuisance sonore, inondation, etc.) | | 🞏 Sinistre/ Incident matériel (feu, fuite d’eau ou de gaz, défaut d’alimentation électrique, panne d’ascenseur, de chauffage ou de climatisation, etc.) | | 🞏 Logistique, hôtellerie et prestataires extérieurs (problème de restauration, linge, ménage, maintenance, approvisionnement en fournitures/gaz/eau, etc.) | | 🞏 Indisponibilité préoccupante d’un produit de santé | | **Divers** | | 🞏 Difficultés relationnelles récurrentes avec le résident/famille | | 🞏 Autres : *à préciser au verso dans le cadre « Que s’est-il passé ?»* |   **\*** Erreur médicamenteuse : omission ou réalisation non intentionnelle d'un acte impliquant un médicament qui peut être à l’origine d’un EI | | |
| **GRAVITE DE L’EVENEMENT INDESIRABLE**  🞏 **Oui** : *□* Décès *□* Mise en jeu du pronostic vital *□* Séquelle irréversible *□* Incapacité temporaire  ⌧ **Non**  Si non, préciser le cas échéant si présence d’un : *□* Dommage physique et/ou psychique *□* Dommage matériel  *□* Autre …………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **QUE S’EST-IL PASSÉ ?**  Décrire l’évènement quelle que soit sa nature et préciser les **circonstances de survenue**.  *En cas de suspicion d’évènement indésirable associé à un (ou des) :*  ***- Médicament(s) :*** *renseigner le Nom commercial® + dénomination commune internationale (dci) + indication + posologie administrée si disponible + la date (horaire) de début de traitement*  ***- Dispositif médical ou médicament dérivé du sang****: renseigner le Nom commercial® + dénomination commune +* ***n° de lot***  *et, si possible, conserver le dispositif médical incriminé ou a minima son emballage* |
| Patiente hospitalisée le 19/05/2020 à 9h pour un passage au bloc le 20/05/2020 (prothèse de hanche).  Traitement habituel à l’entrée contenant du Previscan=fluindione (1 + ½ comprimé par jour), indiqué pour ACFA avec antécédent embolique. Relais AVK-héparine réalisé selon les recommandations de la HAS  En post-opératoire, réintroduction du Previscan mais difficultés pour équilibrer l’INR :   * Le 22/05 : INR = 4,3 et épistaxis * Le 25/05 : INR = 3,5 asymptomatique   Conséquence : allongement de la durée d’hospitalisation (sortie en SSR prévue le 22/05, reportée au 25/05)  Décision de transfert en SSR le 25/05 pour rééducation, reprise de la marche et gestion du surdosage en AVK  Entretien avec l’époux de la patiente le jour de sa sortie :  Il m’a expliqué qu’il continuait à gérer les médicaments de son épouse pendant l’hospitalisation, à partir de l’ordonnance d’entrée du médecin traitant : il a poursuivi tout le traitement habituel, dont le Previscan, qui n’a donc jamais été arrêté et certains jours la patiente a eu une prise donnée par son mari + une prise donnée par les infirmières. |
| **QUELLES MESURES IMMEDIATES ONT ÉTÉ PRISES ?** |
| Gestion des surdosages selon les recommandations HAS :   * Le 22/05 : suspension fluindione * Le 25/05 : pas de saut de prise, maintien du contrôle INR prévu en SSR tous les jours jusqu’à équilibrage de l’INR   J’ai expliqué au mari les modifications de traitements et qu’il doit arrêter de gérer le traitement de son épouse lorsqu’elle sera en SSR.  *Information du résident et de sa famille le cas échéant :* ⌧ **Oui** 🞏 **Non**  */ Par qui ?* Yannick M. |
| **UNE (ou des) PERSONNE(s) ONT-ELLES ETE PREVENUES**  ⌧ **Oui** Nom, Prénom et fonction de la (les) personne(s) prévenue(s) :  Claire S., chirurgien ayant opéré Mme Madelaine  🞏 **Non** |