Tout intervenant agissant pour le compte de l'HADAN peut remplir ce formulaire et l'envoyer à l'adresse mail suivante : **fei.hadan@sante-lorraine.fr**.

1- DECLARANT Si personnel de l'HADAN, le Nom et Prénom suffit	**2- DECLARATION**	**4- ACTEURS**
Nom Prénom : ..... Fonction : ..... Téléphone : ..... Déclaration pour le compte de :	Date : ..... **3- EVENEMENT INDESIRABLE** Date :	- Nom Prénom du Patient : ..... - Nom du (des) partenaire(s) impliqué(s) (libéral, hôpital - service, laboratoire, prestataire…) : ....

5- DESCRIPTION DE L'EVENEMENT (faits constatés) Si le cadre ne suffit pas, poursuivre la description sur une feuille libre agrafée.	**6- MESURES PRISES IMMEDIATEMENT**
	7- SELON VOUS, ACTIONS CORRECTIVE A METTRE EN ŒUVRE
	8- VOTRE RESPONSABLE A ETE INFORME LE ..... / ..... / .....