



Formulaire de signalement des événements indésirables

FM1 / PC / MGT / 05
Gestion des risques

Version 5
MAJ : 25/02/2021

1/1

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 :	Date :	- Nom Prénom du Patient :
Fonction :	3- EVENEMENT INDESIRABLE	- Nom du (des) partenaire(s) impliqué(s) (libéral, hôpital - service, laboratoire, prestataire...) :
Téléphone :	Date :
Déclaration pour le compte de :

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