

Fiche incident « IVG »

 *A renvoyer par mail à : contact@pleiraa.org*

Cette fiche sera analysée par la coordination du Réseau qui vous recontactera si besoin pour plus de précisions.

**Après analyse, ces fiches sont totalement anonymisées** (éléments directement ou indirectement nominatifs du patient, des professionnels, des établissements).

Le bilan des incidents est fait sur les données anonymes dans le cadre de la commission régionale IVG du réseau d’orthogénie.

Partie supprimée avant archivage

**ORIGINE DU SIGNALEMENT**

Nom du déclarant : Fonction :

Structure ou adresse si libéral : Service :

Téléphone où l’on peut vous joindre :

Autre structure ou professionnel impliqué :

Date de l’incident : Heure de l’incident :

 **CARACTERISTIQUES DE L’INCIDENT**

Professionnels impliqués

Déclarant (cocher la case) : [ ] médecin hospitalier [ ] SF hospitalière [ ] SF libérale

 [ ] médecin libéral [ ] patient [ ] autre :

Personnes concernées (cocher la case) : [ ] médecin hospitalier [ ] SF hospitalière [ ] SF libérale

 [ ] médecin libéral [ ] patient [ ] autre :

Objet de l’EI

Demande d’IVG[ ]  Délai de PEC[ ]  1ère consultation [ ]

IVG médicamenteuse : 1ère prise médicamenteuse [ ]  2ème prise médicamenteuse [ ]

IVG chirurgicale [ ]  Consultation en urgence au cours de l’IVG [ ]  Visite de contrôle [ ]

Autre [ ]  Précisez :

**DESCRIPTION ET CONSEQUENCES DU DYSFONCTIONNEMENT**

Résumé de l’histoire clinique :

Niveau de gravité estimé pour le patient

Sélectionner le chiffre correspondant à votre estimation*:* Choisissez un élément.

*0 -> 10*

*Anodin gravité extrême*

Mesures immédiates prises pour corriger le dysfonctionnement :

Propositions correctives éventuelles du déclarant :

[ ] Modification des recommandations actuelles du Réseau. Laquelle ?

[x] Mise en place de recommandations particulières ou nouvelles. Si oui, lesquelles ?

[ ] Autres :

RMM souhaitée par le déclarant : [ ] Oui : [ ] Non :

Si oui : [ ]  locale (analyse en interne) [ ]  locale avec appui de PLEIRAA

**TRAITEMENT DE L’INCIDENT (à remplir par le réseau Pleiraa)**

Destinataire de la réponse :

Date de transmission de la réponse :

Suites données à l’incident :

Mesures correctives pour éviter la récidive :