

① Date incident :

Qui ? : patient inf méd

.....

FICHE DE DECLARATION D'INCIDENTS : APPAREILS

(ne remplir que les
parties **NON** GRISEES)

② CLASSEUR :
.....
No incident :

Type d'appareil	<input type="checkbox"/> statif <input type="checkbox"/> iv pompe <input type="checkbox"/> iv pousse-seringue <input type="checkbox"/> voie entérale <input type="checkbox"/> aspirateur <input type="checkbox"/> nébuliseur <input type="checkbox"/> autres No appareil.....	<input type="checkbox"/> argus <input type="checkbox"/> infusomat <input type="checkbox"/> perfusor ME <input type="checkbox"/> vial <input type="checkbox"/> pilot A2 <input type="checkbox"/> PCA <input type="checkbox"/> prizm <input type="checkbox"/> pega plus <input type="checkbox"/> legacy <input type="checkbox"/> compat <input type="checkbox"/> GO <input type="checkbox"/> abbott <input type="checkbox"/> wander <input type="checkbox"/> vario <input type="checkbox"/> clario <input type="checkbox"/> basic <input type="checkbox"/> laerdal <input type="checkbox"/> minivac <input type="checkbox"/> Medisonic <input type="checkbox"/> Ultrasonic	Contrôle avant incident : Qui : Quand : Quel : Contrôle après incident : Qui : Quand : Quel :
-----------------	--	---	--

Médicaments	
-------------	--

Voie d'administration ou autre ttt	<input type="checkbox"/> Voie parentérale <input type="checkbox"/> sc <input type="checkbox"/> iv butterf <input type="checkbox"/> iv venfl <input type="checkbox"/> VC PAC <input type="checkbox"/> VC autre	<input type="checkbox"/> Voie entérale <input type="checkbox"/> naso-g <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> Autre (aspiration, nébul, etc.)
------------------------------------	--	--	--

Type de problème	<input type="checkbox"/> Débit <input type="checkbox"/> Bulle d'air <input type="checkbox"/> Occlusion <input type="checkbox"/> Dose/vol <input type="checkbox"/> non-fonctionnement

Cause du problème	<input type="checkbox"/> programmation <input type="checkbox"/> panne <input type="checkbox"/> manipulation <input type="checkbox"/> chute <input type="checkbox"/> piles/batteries <input type="checkbox"/> autre ou inconnu <input type="checkbox"/> matériel à usage unique	Qui a programmé/manipulé/constaté :
-------------------	---	--

Conséquences	<input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> horaire pas respecté <input type="checkbox"/> doses partielles <input type="checkbox"/> extravasation/fuite <input type="checkbox"/> pas de doses/pas ttt <input type="checkbox"/> effets secondaires <input type="checkbox"/> trop vite <input type="checkbox"/> pas assez vite <input type="checkbox"/> autre :	Nom pat. : No :
--------------	--	--------------------------------