association de soins à domicile à La Réunion

FICHE DE SIGNALEMENT DE DYSFONCTIONNEMENT

DESTINÉE AU PATIENT / FAMILLE EN DIALYSE

Pour nous aider à améliorer nos pratiques

Personne signalante (Nom/prénom + téléphone)	Personne concernée (Nom/prénom + téléphone)

Date de l'évènement	Date du signalement

Centre de dialyse concerné

☐ Saint-André
☐ Sainte-Clotilde
☐ Sainte-Marie
☐ La Possession
☐ Saint-Paul

Vous pouvez compléter ce signalement en quelques lignes

Vous souhaitez nous alerter sur une problématique liée à

☐ Attente lors d'une situation inhabituelle
☐ Chute
☐ Confidentialité / Intimité
☐ Dossier patient
☐ Matériel
☐ Médicaments
☐ Organisation (horaires, changement d'équipe etc…)
☐ Prise en charge douleur
☐ Les transports
☐ Respect
☐ Sécurité des soins
☐ Les repas
☐ Autres (préciser) : ……

Le jour de l'évènement, avez-vous pu informer ou alerter quelqu'un ?

☐ Non
☐ Oui. Si oui, qui ?

……

Des actions ont-elles déjà été mises en place ? Si oui, lesquelles ?

……

Merci de cocher la case ci-contre, pour permettre le traitement de votre signalement ☐

Dans le cadre de la réglementation européenne du traitement des données (Règlement Général sur la Protection des Données / RGPD), vous autorisez l'ASDR à partager les informations transmises dans le but de l'amélioration de nos pratiques et dans le respect des droits des patients.

Nous vous remercions pour ce signalement !