FICHE DE SIGNALEMENT DE DYSFONCTIONNEMENT

DESTINÉE AU PATIENT / FAMILLE EN HAD

Pour nous aider à améliorer nos pratiques

Merci de nous la retourner soit :

- par courrier postal à l'adresse : *Service qualité, 1C rue Raymond Barre, ZAC Moulin joli, 97419 La Possession.*
- par mail : qualite@asdr.asso.fr

Vous pouvez aussi opter pour le signalement depuis notre site internet.

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

Date de l'évènement	**Date du signalement**

Secteur concerné		**Filière concernée**
☐ HAD Est	☐ HAD Sud	☐ Socle
☐ HAD Nord	☐ HAD Sud-Ouest	☐ Pédiatrie
☐ HAD Ouest		☐ Rééducation

Vous pouvez compléter ce signalement en quelques lignes

Vous souhaitez nous alerter sur une problématique liée à	
☐ Attente lors d'une situation inhabituelle	☐ Organisation (horaires, changement d'équipe etc…)
☐ Chute	☐ Prise en charge douleur
☐ Confidentialité	☐ Prise en charge du patient en fin de vie
☐ Dossier patient	☐ Respect
☐ Matériel	☐ Sécurité des soins
☐ Médicaments	☐ Visite à domicile (médecin, infirmier etc…)
☐ Livraison	☐ 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