

**REDACTEUR**

**Rédacteur / Déclarant :** \_\_\_\_\_

**Si pers extérieure => adresse ou mail** \_\_\_\_\_

**Tél :** \_\_\_\_\_ **Service :** \_\_\_\_\_ **Fonction :** \_\_\_\_\_

**DESCRIPTION DES FAITS**

**Lieux :** \_\_\_\_\_ **Jour :** \_\_\_\_\_ **Heure :** \_\_\_\_\_

**Types de dysfonctionnements :**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organisation du travail                       | <input type="checkbox"/> Relation Famille / Résident | <input type="checkbox"/> Disparition, perte    | <input type="checkbox"/> Chute            |
| <input type="checkbox"/> Comportement Résident                         | <input type="checkbox"/> Gestion trousseau de linge  | <input type="checkbox"/> Objet retrouvé        | <input type="checkbox"/> Repas            |
| <input type="checkbox"/> Matériel défectueux                           | <input type="checkbox"/> Sécurité, Bâtiment          | <input type="checkbox"/> Livraison             | <input type="checkbox"/> Produits périmés |
| <input type="checkbox"/> Relation avec les établissements hospitaliers | <input type="checkbox"/> Plainte                     | <input type="checkbox"/> Circuit du Médicament |   |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____                                |  |  |   |

**Maltraitance :**

- Violence physique (Coups, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques . . )
- Violence psychique (irrespect, dévalorisation, abus d'autorité, infantilisme, non-respect de l'intimité . . )
- Violence médicamenteuse (Manque de soins de base, abus de traitement sédatif, non prise en compte douleur . . )
- Violence matériel et financière (Vols, escroqueries diverses . . )
- Violence institutionnelle (Mauvaise conditions d'installation, d'organisation, d'accompagnement . . )
- Violation / Privation de droits (limitation de la liberté . . )
- Négligences actives (Sérvices, abus, abandon, manquement pratiqué avec la conscience de nuire . . )
- Négligences passives (Relevant de l'ignorance, de l'inattention . . )

**Nature des faits :**

- **Si c'est un produit qui est en cause :** (Indiquer le produit, le fabricant, le N° lot, la date péremption)
  - **Si non, décrire les faits :** (Ne porter ni analyse, ni jugement, ni accusation)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Personnes prévenues :**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Directrice      | <input type="checkbox"/> Attachée d'Administration | <input type="checkbox"/> Responsable de Service | <input type="checkbox"/> Administratif de garde |
| <input type="checkbox"/> Cellule Qualité | <input type="checkbox"/> Autre (Préciser) : _____  |   |   |

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION ET A LA CELLULE QUALITE**

N° d'enregistrement : \_\_\_\_\_ Date de Réception : \_\_\_\_\_ Date de Réponse : \_\_\_\_\_

Ouverture d'un dossier :  Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A faire parvenir dès que possible à la cellule Qualité**