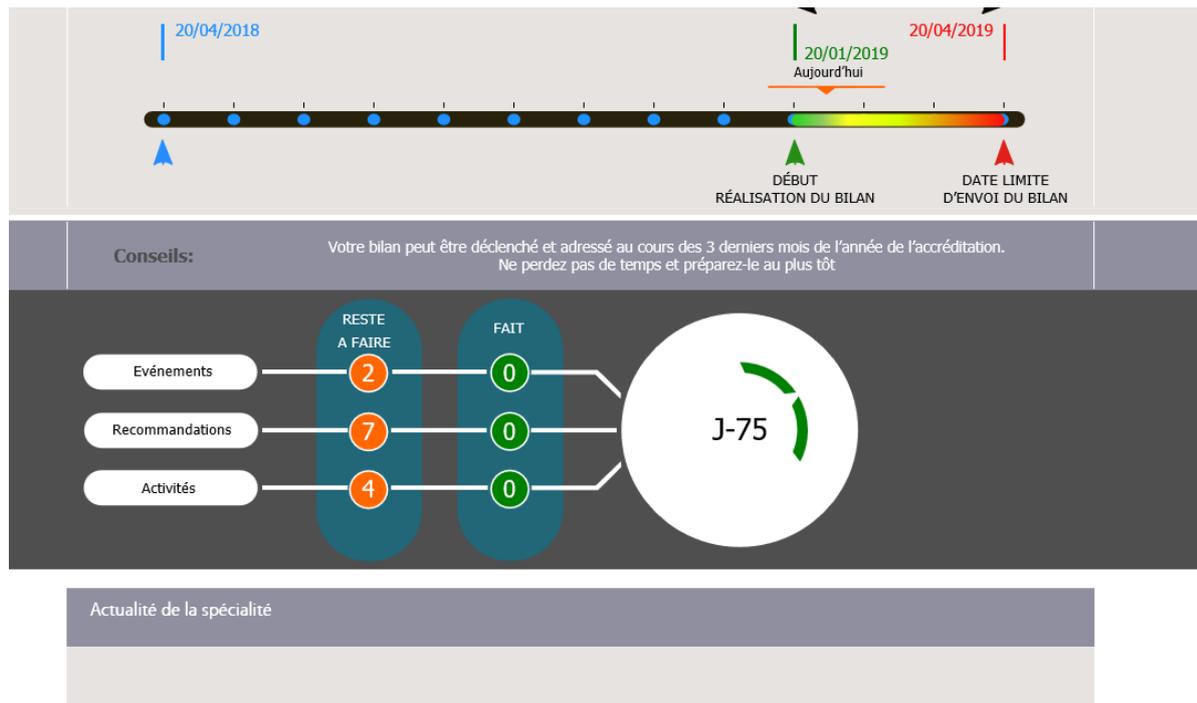


Déclarer un EIAS sur le SIAM

Déclarer un EIAS depuis la page d'accueil



Le médecin référent de l'équipe va sur sa page d'accueil et clique sur événements. Il peut le faire à tout moment de l'année

Déclarer un EIAS depuis la page programme

Mon Programme

Accueil > Mon Programme

Votre Organisme Agré Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Mon Programme

Période du 20/04/2018 au 20/04/2019 Consulter le programme de la spécialité

Bilan individuel

Vous pouvez réaliser le bilan à partir de 20/01/2019

Déclaration d'événement Déclarer un événement ?

Numéro	Dernier Enregistrement	Suivi de vos déclarations	Motif	Type

Recommandations

Icone déclarer un évènement depuis la page programme

Page de départ : identifier la situation à risque

Accueil > Mon Programme > Déclaration et analyse d'événement

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Déclaration et analyse d'événement [Voir historique](#)

- 1 Situation à risque
- 2 Information déclarant et établissement
- 3 Information sur le patient
- 4 Procédure de soin
- 5 Circonstances
- 6 Causes
- 7 Barrières
- 8 Analyse approfondie
- 9 Mesures de suivi
- 10 Communication
- 11 Transmettre votre déclaration
- 12 Décision de l'expert

Situation à risque [Consulter le programme de la spécialité](#)

Événement ciblé

L'événement déclaré correspond t-il à une situation à risque ?

Ou cocher "non" si situation à risque non trouvé * oui non

[Annuler la saisie](#) [Enregistrer](#)

Votre programme comporte 3 sar :

Non-respect d'une contre-indication à l'IRM

Utilisation inadaptée de produits de contrastes iodés / gadolinés

Accident hémorragique en radiologie interventionnelle de patient sous traitement par les anticoagulants oraux directs (AOD) et antiagrégants plaquettaires

Etape 1 – Situation à risque

Accueil > Mon Programme > Déclaration et analyse d'événement

Votre Organisme Agréé Haute Autorité de Santé Aides disponibles

Déclaration et analyse d'événement

Voir historique

- 1 Situation à risque
- 2 Information déclarant et établissement
- 3 Information sur le patient
- 4 Procédure de soin
- 5 Circonstances
- 6 Causes
- 7 Barrières
- 8 Analyse approfondie
- 9 Mesures de suivi
- 10 Communication
- 11 Transmettre votre déclaration
- 12 Décision de l'expert

Situation à risque Consulter le programme de la spécialité

Evènement ciblé

L'événement déclaré correspond t-il à une situation à risque ?

- Non-respect d'une contre-indication à l'IRM
- Utilisation inadaptée de produits de contrastes iodés / gadolinés
- Accident hémorragique en radiologie interventionnelle de patient sous traitement par les anticoagulants oraux directs (AOD) et antiagrégants plaquettaires

Ou cocher « non » si situation à risque non trouvé

- oui non

Etape 2 / Information sur le déclarant et son établissement

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — 11 — 12

Situation à risque — Information déclarant et établissement — Information sur le patient — Procédure de soin — Circonstances — Causes — Barrières — Analyse approfondie — Mesures de suivi — Communication — Transmettre votre déclaration — Décision de l'expert

Information sur le déclarant et son établissement [Mettre à jour les données](#)

Déclarant

Mode d'exercice de l'activité **Libéral**
Spécialité ou activité **Chirurgie urologique**
Organisme d'accréditation **AFU**
Champ d'activité * équipe Andrologie
 Cancérologie Infectiologie
 Lithiase Neuro-urologie
 Transplantation et IRC Troubles mictionnels de l'homme
 Urologie et périnéologie de la femme Urologie de l'enfant et de l'adolescent
 Traumatologie Matériels et techniques spécifiques

Etablissement

Désignez l'établissement dans lequel s'est déroulé l'événement **CLINIQUE DES CEDRES**
Région
Type d'établissement **Etablissement de Sante**
Nature de l'activité

Déclarent

(Saisie automatique des données administratives issues du dossier du médecin. Si des informations sont inexactes, elles peuvent être corrigées en allant sur « mon compte » de l'écran d'accueil ou en cliquant sur le bouton de « mise à jour des données »)

Mode d'exercice de l'activité

- Libéral
- Salarié
- Libéral et salarié
- Médecin militaire

Spécialité ou activité :

Organisme d'accréditation :

- Équipe
- Cancérologie
- Lithiase
- Transplantation et IRC
- Urologie et Périnéologie de la femme
- Traumatologie
- Andrologie
- Infectiologie-urologie

- Neuro-urologie
- Troubles mictionnels de l'homme
- Urologie de l'enfant et de l'adolescent
- Matériels et techniques pacifiques

Etablissement

(Les informations sur les établissements sont chargées de la même façon. Quand le médecin travaille dans plusieurs établissements il désigne celui dans lequel s'est déroulé l'événement. Seul un établissement peut être désigné)

Organisme l'établissement dans lequel s'est déroulé l'élément :

Région :

Type d'établissement :

Nature de l'activité :

Etape 3 / Information sur le patient

Déclaration et analyse d'événement

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — 11 — 12

Situation à risque — Information déclarant et établissement — Information sur le patient — Procédure de soin — Circonstances — Causes — Barrières — Analyse approfondie — Mesures de suivi — Communication — Transmettre votre déclaration à votre organisme — Décision de l'expert

Information sur le patient

Sexe ? * masculin féminin

Age ? * an(s) OU mois

Taille ? * cm

Poids ? * kg

Diagnostic principal de prise en charge : Choix dans la CIM10 ne sais pas non concerné non trouvé

[Aide à la saisie ?](#)

Avant la survenue de l'événement indésirable, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ? *

Le cas échéant, quel était le score de gravité clinique ?

Quels éléments de la situation clinique sont susceptibles d'avoir favorisé l'événement ? *

Etape précédente — Annuler la saisie — Enregistrer — Etape suivante

Une page de questions sur des informations concernant le patient. Si « féminin » est choisi. Une question supplémentaire apparaît sur une éventuelle date de gestation.

Très complexe
Plutôt complexe
Plutôt non complexe
Non complexe
Ne sais pas

IGS II
ASA
Glasgow
Child
NYHA
Euroscore additif
Euroscore
logistique

Information sur le patient

Sexe Masculin Féminin

Age :

Taille :

Poids :

En cas de grossesse, veuillez préciser quand est survenu l'événement indésirable :

Diagnostic principal de prise en charge (*Choléra, Choléra à Vibrio cholerae 01, biovar cholerae, Choléra, sans précision, Fièvres typhoïde et paratyphoïde ex.....*) :

Saisir le code CIM10 (*classification internationale des maladies*) :

Ou cocher un choix si diagnostic non trouvé

- ne sais pas
- non concerné
- non trouvé

Avant la survenue de l'événement indésirable, quelle était la complexité de la situation clinique du patient ?

- Très complexe
- Plutôt complexe
- Plutôt non complexe
- Non complexe
- Ne sais pas

Le cas échéant, quel était le score de gravité clinique ?

- IGS II
- ASA
- Glasgow
- Child
- NYHA
- EUROSCORE II

Quels éléments de la situation clinique sont susceptibles d'avoir favorisé l'événement ?

Etape 4 / Procédure et soin

Déclaration et analyse d'événement n° 10112 Voir historique

1 Situation à risque — 2 Information déclarant et établissement — 3 Information sur le patient — **4 Procédure de soin** — 5 Circonstances — 6 Causes — 7 Barrières — 8 Analyse approfondie — 9 Mesures de suivi — 10 Communication — Transmettre votre déclaration — Décision de l'expert

Procédure de soin

Quel était le but de l'acte médical ? * Diagnostic Thérapeutique Dépistage ne sais pas

Désigner l'acte médical réalisé

Saisir le code CCAM Aide à la saisie ?

Ou cocher un choix si aucun acte trouvé ne sais pas non concerné non trouvé

Veuillez préciser, le cas échéant si une technique particulière a été utilisée ? * oui non ne sais pas

L'événement est-il en lien avec l'utilisation d'un produit de santé ? * oui non ne sais pas

Si oui, indiquez lequel

<input type="checkbox"/> Médicament	<input type="checkbox"/> Produit sanguin labile
<input type="checkbox"/> Médicament dérivé du sang	<input type="checkbox"/> Dispositif médical
<input type="checkbox"/> Dispositif médical implantable	<input type="checkbox"/> Autre produit de santé

L'événement est-il en lien avec l'utilisation des rayonnements ionisants ? * oui non ne sais pas

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer Etape suivante

Quel était le but de l'acte médical ?

- Thérapeutique
- Dépistage
- Ne sais pas

Saisir le code CCAM :

Désigner l'acte médical réalisé :

Ou cocher un choix si aucun acte trouvé

- Ne sais pas
- Non concerné
- Non trouvé

Veuillez préciser, le cas échéant si une technique particulière a été utilisée ?

- Ne sais pas
- Non concerné
- Non trouvé

L'événement est-il en lien avec l'utilisation d'un produit de santé ?

- Ne sais pas
- Non concerné
- Non trouvé

Si oui, indiquez lequel

- Médicament
- Médicament dérivé du sang
- Dispositif médical implantable
- Produit sanguin labile
- Dispositif médical
- Autre produit de santé

L'événement est-il en lien avec l'utilisation des rayonnements ionisants ? *

- Non
- Oui
- Ne sais pas

Etape 5 / Circonstances de l'événement

Déclaration et analyse d'événement n° 10112 Voir historique

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Situation à risque Information déclarant et établissement Information sur le patient Procédure de soin Circonstances Causes Barrières Analyse approfondie Mesures de suivi Communication Transmettre votre déclaration Décision de l'expert

étape 5

Les circonstances de l'événement

Que s'est-il passé ? *

Quelle est la localisation précise de survenue de l'événement ? *

L'événement s'est-il déroulé pendant une période vulnérable ? * oui non ne sais pas 🐛

Si oui, veuillez préciser

Nuit Jour férié
 Week-end Heure de changement d'équipe
 Autre

Veuillez préciser

Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'événement ? *

La prise en charge était-elle programmée ? * oui non ne sais pas 🐛

Dans quelles circonstances cet événement s'est arrêté ?

Des conséquences sont-elles survenues ? * oui non ne sais pas 🐛

Si oui, veuillez préciser en complétant le tableau suivant 📝

L'événement a-t-il provoqué une infection nosocomiale ? * oui non ne sais pas 🐛

Quel est le niveau de gravité des conséquences constatées pour le patient ? *

1 - mineur
2 - significatif
3 - majeur
4 - grave à critique
5 - catastrophique

Etape précédente Annuler la saisie Enregistrer Etape suivante

Bloc opératoire
Salle de surveillance post-interventionnelle
Unité de réanimation, de soins intensifs
Salle de cathétérisme, d'endoscopie, d'exploration fonctionnelle, de dialyse
Unité de consultation, salle de pansement
Unité ou salle de kinésithérapie
Salle de travail (maternité)
Service de radiologie
Service des urgences
Parties « communes » de l'établissement (couloirs, ascenseurs, escaliers, parking, etc.)
Autre, préciser
ne sais pas

Urgence immédiate
Urgence différable de quelques heures
Urgence différable de quelques jours
Non urgent
Ne sais pas

Que s'est-il passé ?

Quelle est la localisation précise de survenue de l'événement ?

- Unité Hospitalisation
- Bloc opératoire
- Salle de surveillance post-interventionnelle
- Unité de réanimation, de soins intensifs
- Salle de cathétérisme, d'endoscopie, d'exploration fonctionnelle, de dialyse
- Unité de consultation, salle de pansement
- Unité ou salle de kinésithérapie
- Salle de travail (maternité)
- Service de radiologie
- Service des urgences
- Parties « communes » de l'établissement (couloirs, ascenseurs, escaliers, parking, etc.)
- Autre, préciser
- Ne sais pas

L'événement s'est-il déroulé pendant une période vulnérable ?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser

- Nuit
 Weeek-end
 Jour férié
 Heure de changement d'équipe
 Autre

Veuillez préciser

Quel était le degré d'urgence de la prise en charge lors de la survenue de l'événement ?

- Urgence immédiate
 Urgence différable de quelques heures
 Urgence différable de quelques jours
 Non urgent
 Ne sais pas

La prise en charge était-elle programmée ?

- Oui Non Ne sais pas

Dans quelles circonstances cet événement s'est arrêté ?

- Hospitalisation complète
 Ambulatoire
 RAAC (récupération améliorée après chirurgie)
 Non applicable

L'événement a-t-il provoqué une infection nosocomiale ?

- Oui Non Ne sais pas

Quel est le niveau de gravité des conséquences constatées pour le patient ?

- Niveau 1 mineur
 Niveau 2 significatif
 Niveau 3 majeur
 Niveau 4 et 5 critique à catastrophique

Des conséquences sont-elles survenues ?

- Oui Non Ne sais pas

Commentaire

Etape 6 / Causes de l'événement

Causes immédiates

Avez-vous identifié les causes immédiates de l'événement ? *

oui non ne sais pas

Causes profondes

Après analyse, quels sont les autres causes qui ont contribué à la survenue de cet événement ? *

Causes liées aux patients *

oui non ne sais pas

Causes liées aux tâches à accomplir *

oui non ne sais pas

Causes liées à l'individu (soignant) *

oui non ne sais pas

Causes liées à l'équipe *

oui non ne sais pas

Causes liées à l'environnement de travail *

oui non ne sais pas

Causes liées à l'organisation et au management *

oui non ne sais pas

Causes liées au contexte institutionnel *

oui non ne sais pas

Expliquez vos choix de causes profondes

Il existe 7 catégories de causes profondes qui doivent être renseignées obligatoirement.

Déclaration et analyse d'événement n° 10112

Voir historique

1 Situation à risque 2 Information déclarant et établissement 3 Information sur le patient 4 Procédure de soin 5 Circonstances 6 Causes 7 Barrières 8 Analyse approfondie 9 Mesures de suivi 10 Communication Transmettre votre déclaration Décision de l'expert

Précisez les causes immédiates identifiées

Sélectionnez parmi la liste des causes immédiates suivantes celles qui sont en lien avec l'événement et précisez d'autres causes le cas échéant

	Libellé
<input type="checkbox"/>	- Défaillance de l'indication de l'antibioprophylaxie
<input type="checkbox"/>	- Défaillance de la prescription de l'antibioprophylaxie
<input checked="" type="checkbox"/>	- Défaillance d'administration de l'antibioprophylaxie
<input checked="" type="checkbox"/>	- Défaillance liée aux médicaments (disponibilité, molécule, etc)

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Annuler Valider

Avez-vous identifié les causes immédiates de l'événement ?

oui non

Si oui, veuillez préciser (Défaillance de l'indication de l'examen, Défaillance de la demande (mal remplie, erronée,), Défaillance des informations recueillies auprès du patient (patient non coopérant ou inconscient) ex....)

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées aux patients :

Oui Non Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser

- Antécédents
- Etat de santé (pathologies, co-morbidités)
- Traitements
- Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux
- Relations conflictuelles

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées aux tâches à accomplir

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Protocoles (indisponibles, non adaptés ou non utilisés)
- Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents)
- Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)
- Définition des tâches
- Programmation, planification

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées à l'individu (soignant)

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Qualifications, compétences
- Facteurs de stress physique ou psychologique

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées à l'équipe

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Communication entre professionnels
- Communication vers le patient et son entourage
- Informations écrites (dossier patient, etc.)
- Transmissions et alertes
- Répartition des tâches
- Encadrement, supervision
- Demande de soutien ou comportement face aux incidents

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées à l'environnement de travail

Oui Non Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Administration
- Charge de travail, temps de travail
- Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
- Effectifs (adaptés en nombre ou en compétences)
- Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
- Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
- Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène, etc.)
- Retards, délais

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées à l'organisation et au management

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)

- Gestion des ressources humaines, intérim, remplaçant
- Politique de formation continue
- Gestion de la sous-traitance
- Politique d'achat
- Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement
- Ressources financières

Si vous avez identifié d'autres causes immédiates, veuillez les préciser

Commentaire

Causes liées au contexte institutionnel

- oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Politique de santé publique nationale
- Politique de santé publique régionale
- Systèmes de signalement

Si vous avez identifié d'autres causes profondes, veuillez les préciser

Commentaire

Expliquez vos choix de causes profondes

Etape 7 / Barrières de l'événement

Déclaration et analyse d'événement n° 10112 Voir historique

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — —

Situation à risque — Information déclarant et établissement — Information sur le patient — Procédure de soin — Circonstances — Causes — Barrières — Analyse approfondie — Mesures de suivi — Communication — Transmettre votre déclaration — Décision de l'expert

Les barrières de l'événement

Avez-vous identifié des barrières qui n'ont pas fonctionné ? oui non ne sais pas

Si oui, veuillez préciser en complétant le tableau suivant

Avez-vous identifié des barrières qui ont permis d'arrêter l'événement avant qu'il ne devienne encore plus grave ? oui non ne sais pas

Si oui, veuillez préciser en complétant le tableau suivant

[Etape précédente](#) [Annuler la saisie](#) [Enregistrer](#) [Etape suivante](#)

Avez-vous identifié des barrières qui n'ont pas fonctionné ?

- oui non Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

- Communication demandeur/radiologue
- Dossier patient
- Recommandations disponibles, protocoles de service
- Demande nominative, écrite, datée, signée comportant le respect des CI
- Information et vigilance du patient et de son entourage
- Surveillance du patient pendant l'examen
- Surveillance clinique et biologique du patient
- Vérification ultime par le soignant avant réalisation de l'examen
- Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou Logiciel prescription)
- Consultation pré-interventionnelle (radiologues et parfois anesthésiste)

Avez-vous identifié des barrières qui ont permis d'arrêter l'événement avant qu'il ne devienne encore plus grave ?

Si oui, veuillez préciser :

- Communication demandeur/radiologue
- Dossier patient
- Recommandations disponibles, protocoles de service
- Demande nominative, écrite, datée, signée comportant le respect des CI
- Information et vigilance du patient et de son entourage
- Surveillance du patient pendant l'examen
- Surveillance clinique et biologique du patient
- Vérification ultime par le soignant avant réalisation de l'examen
- Prescription nominative, écrite, datée, signée (ordonnance ou Logiciel prescription)

Etape 8 / Analyse approfondie

Déclaration et analyse d'événement n° 10112

Voir historique



Analyse approfondie



Les données ont été mises à jour
Il n'y a pas de questionnaire d'analyse approfondie pour votre déclaration

Questionnaire

Description

Champs d'activité

Documents joints

Si l'EIAS est lié à une SAR (étape 1) et si la spécialité a défini un questionnaire complémentaire à compléter pour les déclarations faites sur le thème de cette SAR, alors celui apparaît sous forme de questions à l'étape 8. Dans le cas contraire, il n'y a pas rien à faire sur cette étape.

Réponses au questionnaire

Etape précédente

Etape suivante

Etape 9 / Mesures et suivie

Déclaration et analyse d'événement n° 10112 Voir historique

1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 — —

Situation à risque — Information déclarant et établissement — Information sur le patient — Procédure de soin — Circonstances — Causes — Barrières — Analyse approfondie — Mesures de suivi — Communication — Transmettre votre déclaration — Décision de l'expert

Mesures de suivi

Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet événement ? *

Avez-vous mis en place des actions dans votre pratique ou dans l'organisation suite à la survenue de cet événement ? *

Si oui veuillez préciser lesquelles ?

Existe-il, à votre connaissance, une recommandation ou une solution de sécurité utile à mettre en œuvre dans les circonstances de cet événement ? *

Si oui préciser laquelle

Étape précédente Annuler la saisie Enregistrer Étape suivante

évitable
inévitable
probablement évitable
probablement inévitable
ne sais pas

Comment qualifieriez-vous le caractère évitable de cet événement ?

- Evitable
- Inévitable
- Probablement évitable
- Probablement inévitable
- Ne sais pas

Avez-vous mis en place des actions dans votre pratique ou dans l'organisation suite à la survenue de cet événement ?

- oui non

Si oui veuillez préciser lesquelles ?

Existe-il, à votre connaissance, une recommandation ou une solution de sécurité utile à mettre en œuvre dans les circonstances de cet événement ?

- Oui Non Ne sais pas

Si oui préciser laquelle

Etape 10 / Communication

Déclaration et analyse d'événement n° 10112

Voir historique



Communication

Cet événement a-t-il fait l'objet d'une information/communication ?

Au sein de l'équipe ? * oui non ne sais pas

En RMM ? * oui non ne sais pas

Au sein de l'établissement ? * oui non ne sais pas

A l'ARS ? * oui non ne sais pas

A d'autres institutions ? * oui non ne sais pas

Le patient ou son entourage ont-ils été informés de la survenue de cet événement ? * oui non ne sais pas

Etape précédente

Modifier

Etape suivante

Cet événement a-t-il fait l'objet d'une information/communication ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

Au sein de l'équipe ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

En RMM ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

Au sein de l'établissement ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

A l'ARS ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

A d'autres institutions ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

Le patient ou son entourage ont-ils été informés de la survenue de cet événement ?

oui non je ne sais pas

Si oui, veuillez préciser :

Commentaire :

Documents joints

Envoyer à l'OA