FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT

Les Jardins du Castel **EHPAD « Les Jardins du Castel »** **12 rue Alexis Garnier, 35410, CHATEAUGIRON**	☐ DECLARATION D'EVENEMENT INDESIRABLE ☐ DECLARATION DE MALTRAITANCE	QUA – PR 15.01 MAJ : 03.09.12 N° Enregistrement :

Remettre cette fiche SANS DELAI au directeur ou aux cadres de santé

A remplir par le déclarant

PERSONNE DECLARANTE	*PERSONNE CONCERNEE*
❒ Résident ❒ Famille ❒ Personnel ❒ Intervenant extérieur ❒ Bénévoles ❒ Autres	❒ Résident ❒ Famille ❒ Personnel ❒ Intervenant extérieur ❒ Bénévoles ❒ Autres
NOM :……. Prénom :…….	NOM : …… Prénom : ……..

DATE, HEURE ET LIEU DE L'INCIDENT

Date : …… Heure : ……..

Lieu : ……..

DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Signature du Directeur :

A remplir par le Directeur ou la Cadre de Santé ou le Responsable Qualité

ACTIONS CORRECTIVES

Nom du pilote chargé : ……

CONTRÔLE D'EFFICACITE **Par le Responsable Qualité sur les actions correctives** :

Date : Signature :

Le but de ces fiches n'est pas de chercher un coupable mais une cause de défaillance afin de pouvoir éviter que ne se reproduise le même incident. Cela s'inscrit dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des résidents et du personnel.