

SIGNALEMENT

Personne déclarante :

NOM-Prénom / Fonction :

Établissement / Cabinet :

Signalement réalisé le :

Personne(s) victime(s) :☐ Patient☐ Aidant / entourage☐ Professionnel HAD☐ Professionnel du domicile☐ Prestataire☐ AutreNOM-PRÉNOM du professionnel
et/ou IPP du patient :**Moment de l'évènement :**

Évènement survenu le :

Horaire :

Lieu où s'est passé l'évènement :

Description de l'évènement :**Cet événement est-il déjà survenu ?**☐ OUI☐ NON☐ Ne sait pas**Si oui, à quelle fréquence :**☐ 1 – Exceptionnel (Moins d'une fois par an)☐ 2 – Rare (1 à 3 fois par an)☐ 3 – Peu fréquent (Au moins 1 fois par trimestre)☐ 4 – Fréquent (Au moins 1 fois par mois)☐ 5 – Très fréquent (Au moins 1 fois par semaine)**Action(s) immédiate(s) entreprise(s) :****Propositions d'amélioration :****Cause(s) identifiée(s) :**Envoyer votre signalement au service Qualité de l'HAD : julie.pouvreau@had-mbc.fr