

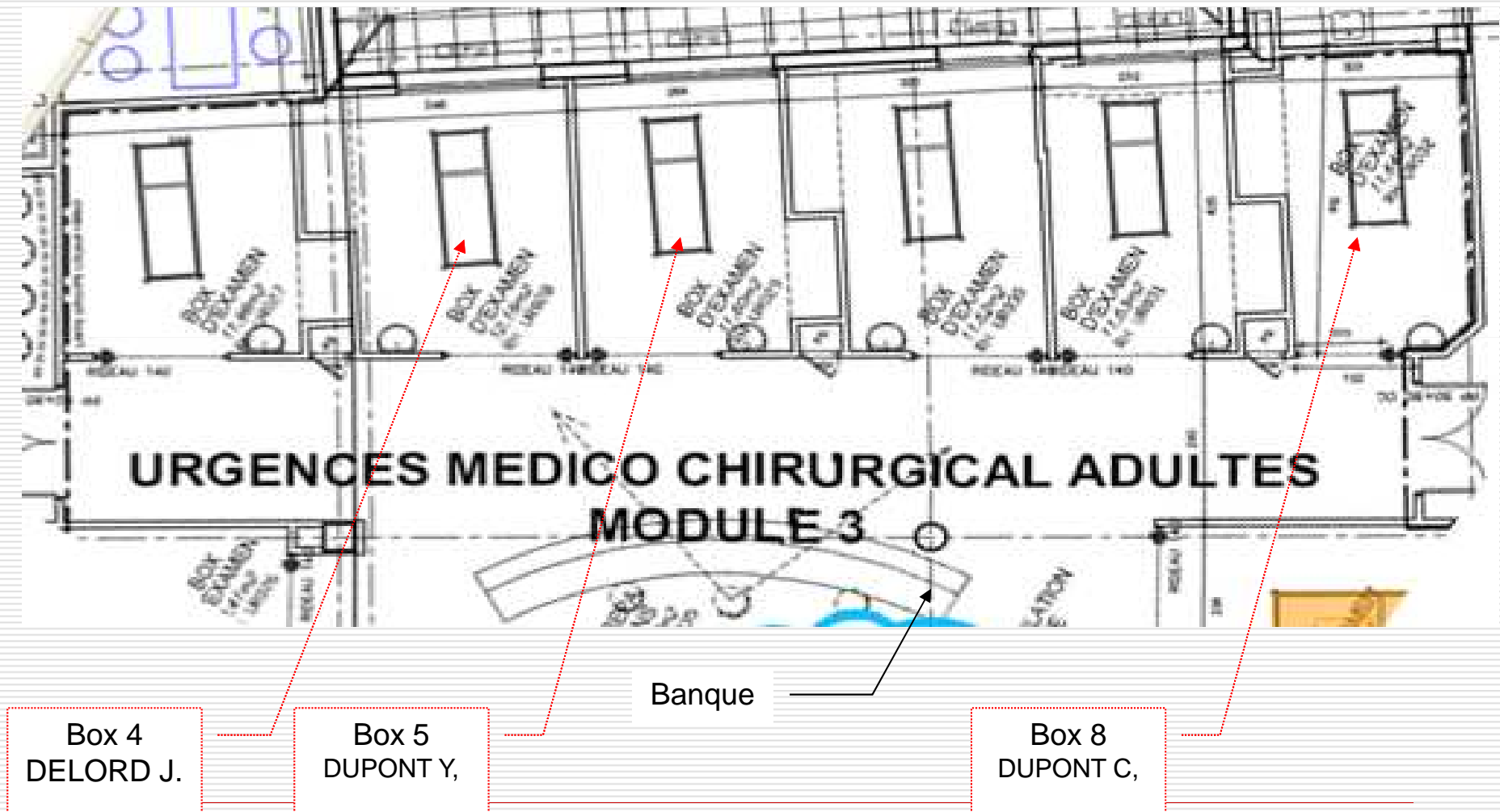
# Revue Morbi- Mortalité

---



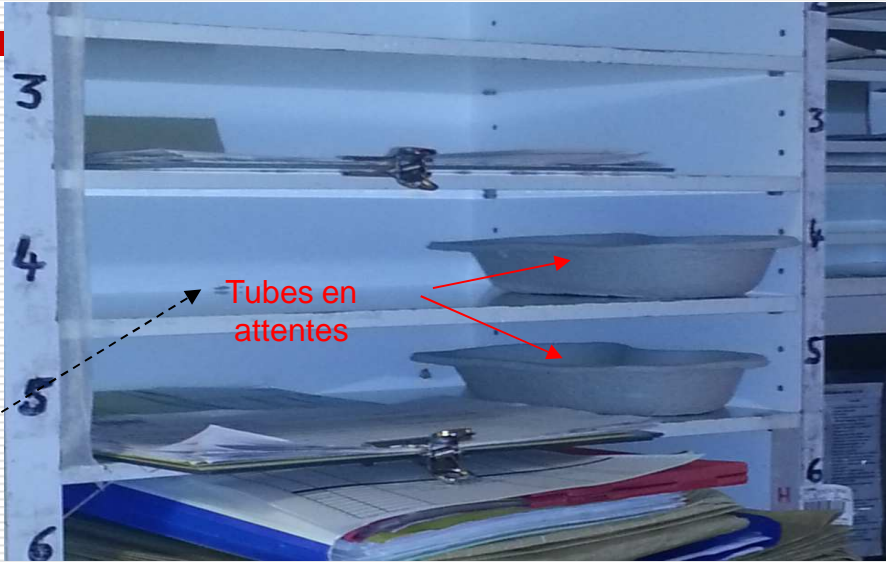
Administration de PSL  
au mauvais patient  
évitée in extremis

# Présentation des lieux









## Convention de rédaction d'une prescription d'examen

---

Iono - NF - TP - TCA (Groupes Rh - RAI)  
 Transa - Enzymes cardiaques  
 Alcoolémie   
 Troponine  
 Autres CRE & CT RH

- *Un examen coché est à prélever et à envoyer*
  - *Un examen entre parenthèse est à prélever et à mettre en attente.*
-



# Description

---

## Risques patients

Deux patients in interrogeables ayant le même nom usuel,  
Ponction veineuse difficile

## Événement Indésirable

Administration de PSL au mauvais patient *évitée in extremis*

## Type

'Near miss' – Quasi accident

## Conséquences

Retard de la transfusion, sans conséquence pour le patient.  
Echec de la mission

<i>Critères d'inclusion</i>	Niveau 1	Effet négligeable sur la réalisation de la mission
	Niveau 2	Impact sur la performance de la mission (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)
	Niveau 3	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée)
	Niveau 4	Impact <b>réversible</b> sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement
	Niveau 5	Impact <b>irréversible</b> sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement

# 1 - Présentation du cas

---

Qu'est-il arrivé ?



# Recueil de Process

Le résultat du Bilan Immuno Hémato ne correspond pas patient prélevé

DUPONT Y.

Patient en anémie grave - Capital veineux misérable

Documents de groupage inexistant - Patient inconnu de l'EFS

- Existence dans le service de deux DUPONT :  
DUPONT C. et DUPONT Y. ?  
- Charge de travail très importante

Au box

DUPONT C. Admission  
IDE Box 8

DELORD J. Admission  
IDE Box 4

DUPONT Y. Admission  
IDE Box 5

DELORD J  
Biologie et BIH  
IDE Box 4

DUPONT C.,  
Gaz du sang, biologie et BIH  
IDE Box 8

DUPONT Y.  
Prélèvement artériel  
des deux  
échantillons dans le  
but d'un Groupage  
Sanguin et de  
commande de PSL  
par le médecin

Sur la banque

DUPONT Y.  
Le médecin :  
- Etiquetage de la biologie,  
acheminée par pneumatique  
(Pas d'anomalie pour la biologie)  
- Etiquetage de 2 tubes IH en  
attente dans le trieur  
IDE Box 5 :  
- Rédige les 2 ordonnances pour  
l'EFS, en signe une et fait signer  
un collègue à sa place pour la  
seconde

DUPONT Y.  
IDE Box 5 :  
- Prend dans le trieur le BIH de  
DELORD J. Box 4 au lieu de  
DUPONT Y. Box 5  
- L'IDE pense à une erreur sur  
l'étiquetage du BIH  
- Ré-étiquette les 2 demandes  
de DELORD J Box 4, en  
collant par dessus les  
étiquettes de DUPONT Y. Box  
5

12:40

17:00

18:10

19:00

19:48

20:41

21:01

Changement  
d'équipe

Non respect  
1 ponction  
=  
1 détermination

Rupture  
de l'Unité de Temps

Rupture de l'Unité de Lieu  
L'étiquetage n'est pas fait au lit  
du patient

Rupture de l'Unité d'Action  
Préleveur ≠ IDE étiquetage ≠  
signe l'ordonnance

En ré-étiquetant,  
Pas de contrôle de concordance  
identité  
patient prélevé  
≠  
étiquette posé sur les tubes

Unité Hospitalisation Très Courte Durée UHTCD

Patient transféré dans une autre Unité des Urgences (UHTCD)

Prélèvement artériel par le médecin pour Demande de Groupage :  
- 1 ponction  
- 2 demandes ???

Transfusions - Urgence Vitale

Contrôle Ultime au lit du patient :  
Groupage ABO Beth Vincent :  
Résultat du Carton-Test ≠  
Résultat de l'EFS

BIH 1

BIH 2

23:00 01:00 01:10 03:00

**Dernière barrière**

Retard à la prise en charge d'une transfusion



Near miss

## 2 – Recherche et Identification du problème de soins

---

Comment est-ce arrivé ?

## 2 – RECHERCHE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME DE SOINS

ANALYSE DU PROCESSUS							
N°	Heure	Qui	Quoi	Constat	Barrière	Evitable	Action à proposer
1	12 :40	IDE Box 8	Admission de <b>DUPONT C.</b>	Bracelet présent	Bracelet d'identité	Oui	Bracelet systématique
	17 :00	IDE Box 4	Admission de <b>DELORS J.</b>	Bracelet présent			
2	18 :10	IDE Box 5	Admission de <b>DUPONT Y.</b>	Homonymie - Démence et pas de bracelet	Bracelet d'identité	Oui	Alerte en cas d'homonymie
3	19 :00		Changement d'équipe	Pas d'alerte sur la présence d'homonymie	Aucune	Non	Identito : compléter le protocole « Alerte en cas d'homonymie »
4	19 :46	IDE Box 4	<b>DELORS J.</b> Biologie et BIH	- Biologie CHP envoyée par pneumatique (RAS) - BIH en attente dans trieur (tubes + ordonnances)			
4	20 :41	IDE Box 4	<b>DUPONT C.</b> Gaz du sang, biologie, BIH	- Biologie CHP envoyée par pneumatique (RAS) - BIH en attente dans le réfrigérateur			
5	21 :01	Médecin Box 5	<b>DUPONT Y.</b> - <i>Capital veineux pauvre</i>	Prélèvement artériel - Etiquetage des tubes non fait au lit du patient mais au bureau médical avec les autres dossiers des box - Biologie CHP envoyée par pneumatique (RAS) <b>Pas d'erreur d'étiquetage :</b> biologie est conforme - une ponction pour <b>deux déterminations</b> de Groupe	Etiquetage au lit du patient tubes et ordonnances	Oui	
		IDE Box 5	1 - Biologie CHP  2 - Demande de BIH et commande de PSL UV en attente dans le trieur  3 - Rédaction de la demande de PSL UV et BIH	- étiquetage correcte des tubes  - étiquetage correcte des 2 ordonnances - une collègue signe à sa place la seconde ordonnance	Une ponction = une détermination = une ordonnance  En respectant unité de lieu, d'action et de temps La rédaction de l'ordonnance se fait au lit du patient, avec contrôle de l'identité Le préleveur signe son ordonnance	Oui	- Respecter la procédure - Les demandes en attentes doivent être complètes et conformes. Le feuillet bleu pour le dossier patient rangé au moment du départ de la demande vers l'EFS ... Respect de la loi ...

## 2 – RECHERCHE ET IDENTIFICATION DU PROBLEME DE SOINS

ANALYSE DU PROCESSUS							
N°	Heure	Qui	Quoi	Constat	Barrière	Evitable	Action à proposer
6		Personnel du service		<i>vient chercher les prélèvements pour l'EFS</i>			
7		IDE Box 5	Prend la demande dans le trieur de <b>DELORS J.</b> Box 4 pensant prendre la demande de <b>DUPONT Y</b> Box 5.	A confondu le Box 4 avec le Box 5		Oui	
8			Voit <b>DELORS J.</b> - elle ré étiquette ces ordonnances et tubes au nom <b>DUPONT Y</b>	- la concordance de l'identité n'a pas été vérifiée par l'IDE : Id patient ? étiquette ? ordonnance ?	Revérification après le prélèvement qui aurait permis d'être en 'confiance'	Oui	Respecter les bonnes pratiques
9			Charge de travail importante	<i>67 passages entre 7 h et 19h</i>	Organisation adaptée	Oui	Concentration – Rigueur et calme Procédure parfaitement connue et assimilée
10	23 :00	IDE UHTCH	Réception des PSL pour <b>DUPONT Y.</b>				
11			Contrôle Ultime au lit du patient du Groupe ABO par le Beth Vincent :	Résultat du Carton-Test ≠ Résultat Groupe de l'EFS Non concordance	Contrôle Ultime de Compatibilité <b>Barrière fonctionnelle</b>	Oui	
			Administration de PSL	Pas le bon PSL pour le bon patient			<i>Near miss – Quasi Accident</i>
12		Médecin	Prélèvement artériel pour Demande de Groupe	- 1 ponction - 2 demandes			
13			Transfusion au vue de ce nouveau BIH	Retard de prise en charge de la transfusion			Sans conséquences pour le patient

# 3 – Recherche de cause et analyse de la récupération

---

Pourquoi est-ce arrivé ?

### 3 – RECHERCHE DE CAUSE ET ANALYSE DE LA RECUPERATION

Analyse de l'EIR - ALARM		Identification des actions correctives et préventives	Identification des éléments de suivi
Catégories de facteurs	Facteurs identifiés lors de l'enquête		
Liés aux tâches à accomplir	- Pas de contrôle de Concordance sur Identité	- Formation à la méthodologie des contrôles de concordance - Ré évaluer le protocole du CHP 'Ponction veineuse' ( <i>Concordance entre l'identité du patient et la planche d'étiquette</i> ) <i>SOIUSOINPRT1002 - CHP - version 1 du 01/10/2007 - PONCTION VEINEUSE ET ETIQUETAGE DES TUBES</i>	Plan de Formation Suivi du protocole
	- Protocole de prélèvement BIH non respecté	- Diffusion de la circulaire Fiche 1 - Rédaction d'une procédure BIH	Plan de Formation
Liés au contexte individuel	- Méconnaissances des Bonnes Pratiques pour les BIH	- Diffusion de la circulaire Fiche 1	
	- Non respect du Protocole d'Etiquetage	- Ré évaluer le protocole du CHP <i>SOIUSOINPRT1002 - CHP - version 1 du 01/10/2007 - PONCTION VEINEUSE ET ETIQUETAGE DES TUBES</i>	
Liés à l'environnement	- Tous les boxes occupés		
	- Locaux inadaptés (pas de plan de travail)	- rédiger une Méthodologie des soins en box (Chariots – Potences en nombre...)	Audit des pratiques
Liés à l'équipe	- Les indications de BIH pour 1 <sup>ère</sup> détermination RAI et 2 <sup>ème</sup> détermination	Rédaction d'une procédure - 1 <sup>ère</sup> <del>déter.</del> aux Urgences - 2 <sup>ème</sup> <del>déter.</del> dans le service ( <i>hors Transfusion UV ou imminente</i> )  - Une demande de BIH devra être complète et conforme, prête à partir à l'EFS.  Rédaction d'une procédure	Plan de Formation  Nombre de demandes BIH par services  Plus de tubes sans ordonnances en attente dans le trieur.  Plan de Formation
	- Entraide non cadrée ( <i>Rupture de tâche</i> )	- Méthodologie : Qui fait quoi, et quand	
Concerne l'organisation	- Pas d'Unité de Lieu-Action-Temps ( <i>Rupture de tâche</i> ) <i>Les personnels sont fréquemment interrompus dans leurs tâches pour répondre à d'autres demandes</i>	- Réflexion au sein de l'équipe soignante, médicale et paramédicale	
Liés au contexte institutionnel	- Pas de culture de sécurité	- Journée 'Sécurité des Patients'	
Liés au patient	- Capital veineux misérable - Démence ; in interrogeable		



# 4 – Synthèse et proposition d'un plan d'action

---

Qu'avons-nous appris ?

Quels changements mettre en œuvre

# Fiche de repérage et de Retour d'Expérience (REX) après analyse d'un événement indésirable grave - (HAS)

<b>A. Identification du cas</b>		<b>Secteur :</b> Urgences	<b>Identifiant :</b> FEIR 2402.240000489.11.0001
<b>B. Repérage du cas</b>			
<i>Critères d'inclusion</i>  <i>EIG de gravité 3 à 5</i>	Niveau 1	Effet négligeable sur la réalisation de la mission	
	Niveau 2	Impact sur la performance de la mission (retardée, solution dégradée, perte financière modérée)	
	Niveau 3	Impact sur la performance de la mission (partiellement réalisée)	
	Niveau 4	<b>Impact réversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement</b>	
	Niveau 5	Impact irréversible sur la sécurité des personnes, des biens ou de l'établissement	
<i>Anamnèse de l'évènement</i>	<b>Quel est l'évènement, le dommage et la conséquence ?</b> <b>Administration de PSL au mauvais patient évitée in extremis (Near miss)</b> Retard de Transfusion, sans conséquence pour le patient. Echec de la mission		
	<b>Quels étaient les facteurs de risque pour les patients ?</b> Deux patients in interrogeables ayant le même nom usuel, ponction veineuse difficile		
	<b>Quelle est la chaîne des évènements ayant menée à l'EIG ?</b> - pas de pose de bracelet - demande de Bilan Immuno Hémato (BIH) Groupage 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> détermination avec un seul prélèvement sanguin - erreur d'étiquetage sur les deux demandes de BIH		

C. Causes retrouvées		EV : évitable	NE : non évitable
<b>Causes immédiates</b>		<b>EV</b>	<b>NE</b>
<b>C1</b>	<b>Liées à un produit de santé</b>		
	C1-1 Aucune		
<b>C2</b>	<b>Liées à une procédure de soins</b> ( <i>intervention, acte de soins</i> )		
	C2-1 Pas d'alerte prévue en cas d'homonymie	X	
	C2-2 Il n'existe pas de procédure qui empêche de prélever 2 BIH pour une ponction	X	
<b>C3</b>	<b>Liées à une erreur humaine</b> <i>Les personnes ont-elles faites ce qu'elles étaient supposées faire ?</i> <i>Connaissaient-elles ce qu'elles avaient à faire ?</i>		
	C3-1 Non respect de la procédure d'identification (pas de bracelet)	X	
	C3-2 Non respect de la procédure de prélèvement immuno-hématologique	X	
	C3-3 Non respect de la procédure d'étiquetage des tubes	X	
<b>C4</b>	<b>Liées à la supervision</b>		
	C4-1 Aucune		
<b>Causes profondes</b>			
<b>C5</b>	<b>Liées à l'organisation des activités</b> <i>Les responsabilités étaient-elles explicitement définies ?</i>		
	C5-1 Pas d'unité de lieu, de temps et d'action	X	
<b>C6</b>	<b>Liées à la communication entre professionnels, entre services, entre professionnels et patient ou son entourage</b>		
	C6-1 Entraide non cadrée	X	
<b>C7</b>	<b>Liées à la composition des équipes de soins</b> <i>Adéquation en nombre et en compétences ?</i>		
	C7-1 Aucune		
<b>C8</b>	<b>Liées aux locaux, équipements, fournitures et produits de santé</b> <b>Etaient-ils appropriés à la réalisation des soins liés à la survenue des événements indésirables ?</b>		
	C8-1 Boxes exigües, pas de plan de travail		X
<b>C9</b>	<b>Liées à un défaut de culture qualité ou sécurité (GdR)</b>		
	C9-1 Culture de sécurité insuffisante	X	
<b>C10</b>	<b>Liées à la gestion des ressources humaines</b>		
<b>C11</b>	<b>Liées à un défaut dans la politique de l'établissement</b>		




<b>D. Modalités de la récupération</b>	
<b>Repérage</b>	Contrôle Ultime de Compatibilité : Dispositifs de contrôle ultime au lit du malade
<b>Diagnostique</b>	Résultat de groupe ABO au test de Beth-Vincent non concordant avec le résultat de l'EFS
<b>Traitement</b>	Re prélèvement du patient pour une nouvelle analyse IH
<b>E. Enseignements</b>	
<b>1 - Est-il nécessaire de revoir le système en question ?</b> Il est nécessaire de préciser les barrières par une information ciblée sur les personnels concernant les bonnes pratiques : Identification du patient (Bracelet) ; Prélèvements BIH ; Etiquetage des tubes	
<b>2 - Des leçons ont-elles été tirées pour éviter le renouvellement de l'évènement ?</b> Une réflexion profonde doit être menée pour respecter l'unité de temps, de lieu et d'action. La question est : <i>« A quel moment je peux interrompre mon action sans risque pour le patient, et sans risque pour la marche du service ? »</i>	



<b>F. Propositions d'actions</b>		S : pour Supprimer le risque	M : pour Maîtriser les conséquences
<i>Barrières (n°)</i>		<i>S/M</i>	<i>Actions de consolidation</i>
1	Contrôle de concordance des documents	S	- Atelier dans le cadre d'une formation en Hémovigilance
2	Une demande BIH = Une ponction	S	- Rédaction d'une procédure pour limiter la pratique des 2 déterminations dans le même service. <i>(En dehors de l'UV et transfusion imminente)</i> - Formation en Hémovigilance - Diffusion de plaquette d'information en Hémovigilance - Protocole concernant les indications de BIH
3	Contrôle d'identité dans le cadre d'une ponction veineuse	S	- Révision de la procédure d'étiquetage des tubes <i>(la planche d'étiquette ne doit pas quitter le box.)</i> - diffusion
4	Respect de l'Unité de Temps et d'Action lors des soins	S	- Réflexion aux Urgences concernant la rupture d'une tâche
5	Respect de l'Unité de Lieu	S	- Réflexion avec les services techniques et économiques pour améliorer l'ergonomie de soins dans les Box
6	Politique Qualité des soins et Gestion des risques clairement affiché	S M	- Formation ; campagne de communication Intranet - Journée du 27 novembre 'Sécurité du patient'
<b>G. Indicateur de suivi des actions</b>			
<i>Tout élément permettant de vérifier la mise en œuvre effective des actions décidées</i>			
<i>Barrières (n°)</i>	<i>Actions de consolidation</i>		
1	Taux de personnes formées ;		
2	Nombre de demandes pour 1 <sup>ère</sup> déter / 2 <sup>ème</sup> déter ; disparition des tubes sans ordonnances en attentes		
3	Audit des pratiques en service		
4	Audit des pratiques ; questionnaires individuels anonymes		
5	Suivi du dossier auprès des services concernés		
6	Compteur de pages dans KaliWeb ; taux de participation aux formations		

# Les Fiches d'Actions

 <p>Centre hospitalier de Périgueux</p>	<p>REVUE DE MORTALITE-MORBIDITE</p> <p>Fiche de suivi d'action n° 2/6</p>
<p><b>Réunion de RMM du 16 octobre 2012</b></p>	
<p><b>Contexte et objectif(s)</b> <i>(pourquoi ?)</i> <i>(type de cas, facteurs et causes identifiés, synthèse et conclusions de l'analyse)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Une demande BIH = Une ponction</li><li>✓ Une demande BIH = signature du véritable préleveur</li></ul> <p>Référentiel : Fiche 1 de la circulaire du 15/12/2003 sur la sécurité de l'acte transfusionnel</p>	
<p><b>Action mise en œuvre</b> <i>(quoi ? où ? quand ? comment ? par qui ?)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Rédaction d'une procédure pour limiter la pratique des 2 déterminations dans le même service. <b>(En dehors de l'UV et transfusion imminente)</b></li><li>✓ Formation en Hémovigilance pour le personnel de jour et de nuit</li><li>✓ Diffusion de plaquette d'information en Hémovigilance du CNRH</li><li>✓ Protocole concernant les indications de BIH</li></ul>	
<p><b>suivi</b> <i>(échéances de mise en œuvre, modalités de suivi et d'évaluation, indicateurs éventuels, communication et information des équipes...)</i></p> <p>Présentation lors de la réunion RMM du <i>encore à fixer</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nombre de demandes pour 1ère déter / 2ème déter ;</li><li>✓ Disparition des tubes sans ordonnances en attente en vue d'un BIH constaté par des audits de pratiques</li></ul>	
<p><b>Personne(s) responsable(s) du suivi :</b> <i>(qui ?)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Cellule d'Hémovigilance : Dr M.Dumonteil - F.Spieldenner</li></ul>	



# Le BIH au CH de Périgueux

Bulletin d'informations de la Cellule d'Hémovigilance



Centre Hospitalier Périgueux  
février 2009  
Edition 1, Numéro 1

Cellule d'Hémovigilance  
Bât B - rez-de-chaussée -  
accueil n°1

Téléphone :  
05.53.45.26.46  
Téléphone :  
05.53.45.69.41

Adresse électronique :  
[martine.dumonteil@ch-perigueux.fr](mailto:martine.dumonteil@ch-perigueux.fr)

Rédacteur  
[fabien.spieldenner@ch-perigueux.fr](mailto:fabien.spieldenner@ch-perigueux.fr)

Les Résultats ne sont envoyés que le Lundi suivant 16h ou le lendemain du JF à 16h

Dr MARTINE DUMONTEIL  
Fabien SPIELDENNER

## Spécial «Bilan d'Hémo-Immunologie»

Un « Bilan d'Immuno-Hématologie - BIH » est prescrit par le médecin pour constituer le « Document de Groupage », remplaçant ainsi la « Carte de Groupe ». Ce remplacement fût une décision nationale de l'Établissement Français de Sang - EFS.

### Quelques rappels

Il est d'usage au CHP que l'IDE remplisse l'Ordonnance du BIH selon un protocole préétabli (à redéfinir conformément aux Règles de la Cellule Qualité). Le nom du prescripteur doit obligatoirement être mentionné en bas de l'ordonnance.

La date, l'heure, l'identité, qualité, et signature du préleveur doit également y figurer. Cela n'a rien d'étonnant, les demandes d'examen biologique suivent les mêmes règles.

Les indications de BIH seront clairement définies et spécifiées dans le protocole ; une étude est actuellement menée aux

Urgences.

La mise en place du signalement des événements indésirables a mis en lumière un problème récurrent non spécifique à un service : l'absence de Documents de Groupage pour des patients devant bénéficier une intervention chirurgicale potentiellement hémorragique.

L'organisation de toute la chaîne : prélèvement-analyse-distribution favorisait ce dysfonctionnement. Il était urgent d'y remédier d'autant plus que la charge de travail des soignants leurs interdit de passer leur temps à 'courir' après un résultat de BIH.

Nous vous proposons déjà de modifier les pratiques aux Urgences, qui sont à l'origine de nombreux BIH, puis de repreciser les documents obligatoires en Hémovigilance avant d'adresser un patient au Bloc Opératoire, enfin

*\* Prévenir le service qui accueillera le patient de prélever la 2<sup>ème</sup> détermination*

## Ce qui va changer aux Urgences :

- Seul la 1<sup>ère</sup> détermination et RAI sera faite aux Urgences. La 2<sup>ème</sup> détermination est faite dans le Service receveur.
- Si l'état du patient nécessite une transfusion en Urgence (UVI, UV, UR), ou Urgence potentielle, cette 2<sup>ème</sup> détermination sera faite aux Urgences, le médecin urgentiste le mentionnera expressément et le prélèvement sera effectué par une seconde personne dans les règles de l'art. Elle sera accompagnée par une ordonnance de demande de PSL ou de réservation de PSL.
- Prélever les deux déterminations sur un même prélèvement est un **acte répréhensible** (Arrêté du 26 avril 2002)

## Ce qui va changer à l'EFS :

- Les Résultats du BIH fait aux Urgences seront gardés à l'EFS jusqu'au lendemain du prélèvement à 16h

Bulletin d'informations en Hémovigilance

## Ce qui va changer pour les Services

1. Il n'y aura pas de résultats BIH **feuille jaune** dans le dossier du patient si le prélèvement a eu lieu aux Urgences il y a moins de 2 jours ouvrés. La seule preuve du prélèvement est le **feuillelet bleu** de l'ordonnance.
2. la 2<sup>ème</sup> déter. sera faite immédiatement dans le Service receveur en dehors des cas où la transfusion est une Urgence (UVI, UV, UR) ou une Urgence potentielle, des PSL seront en réserve à l'EFS.

## Ce qui va changer au Bloc Opératoire, Réanimation, Soins Intensifs

La vérification du Dossier-Patient concernant les Documents de Groupage doit suivre les règles suivantes :

### CONFORMITE DES DOCUMENTS DE GROUPE

Intervention potentiellement hémorragique en Urgence venant des Urgences		
	Feuille bleue	Feuille jaune
1 <sup>ère</sup> détermination	Présent	Pas obligatoirement
2 <sup>ème</sup> détermination	Pas obligatoirement*	Pas obligatoirement
RAI	Présent	Pas obligatoirement
<i>Si risque de saignement imminent : = 2<sup>ème</sup> déter. + Réservation de PSL.</i>		

Intervention potentiellement hémorragique en Routine Ordonnance datant de moins de 2 jours ouvrés		
	Feuille bleue	Feuille jaune
1 <sup>ère</sup> détermination	Présent	Pas obligatoirement
2 <sup>ème</sup> détermination	Présent	Pas obligatoirement
RAI	Présent	Pas obligatoirement
Les documents de groupage sont gardés pendant 2 j ouvrés à l'EFS. Contacter l'EFS pour confirmation de la demande de BIH		

Demande de PSL sur Réservation		
	Feuille bleue	Feuille jaune
1 <sup>ère</sup> détermination	Présent	Absent
2 <sup>ème</sup> détermination	Présent	Absent
RAI	Présent	Absent
Les documents de groupage sont à l'EFS. Contacter pour confirmation de la disponibilité des PSL.		

Intervention potentiellement hémorragique en Routine Ordonnance datant de plus de 2 jours ouvrés		
	Feuille bleue	Feuille jaune
1 <sup>ère</sup> détermination	Présent	Présent
2 <sup>ème</sup> détermination	Présent	Présent
RAI	Présent	Présent
Rien ne doit manquer		

*"Une fiche de Non-conformité sera créée et traitée par la Cellule d'Hémovigilance pour accompagner ce changement."*



# Analyse de notre démarche

---

Concernant :


- Les outils nous ayant permis cette analyse de cas
  - Notre stratégie pour le suivi des actions
    - KaliWeb...
-

# Déclaration dans KaliWeb

Saisie d'un formulaire - Windows Internet Explorer

Fiche de signalement des événements indésirables

FEI (Tout public) Qualif (MASCLET Maud) Actions\*\*\*

 **FICHE DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES**  
Version 2011  
N° de la fiche : 664

DECLARANT	DATE, HEURE, ET LIEU DE L'INCIDENT
Date : 24/05/2011 Nom : DELGUEL Hélène Fonction : Cadre de santé Service : CHIRURGIE - BLOC OPERA Téléphone : 1056	Date : 14/05/2011 Heure : 06:00 <input type="radio"/> Jour <input checked="" type="radio"/> Nuit Lieu : BLOC MATERNITE

**L'EVENEMENT CONCERNE**

<input checked="" type="radio"/> Patient <input type="radio"/> Résident <input type="radio"/> Personnel <input type="radio"/> Personne extérieure <input type="radio"/> Produits <input type="radio"/> Matériel <input type="radio"/> Locaux	<input checked="" type="radio"/> Hospitalisé <input type="radio"/> Consultant Nom : BOUIC Prénom : SEVERINE Sexe : <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin Date de naissance : 20/09/1973 Age : 37 N° étiquette : 1750826
---	--

**EVENEMENT INDESIRABLE LIE :**

**A UNE VIGILANCE**  
 Hémovigilance  Matérovigilance  Radioprotection  Biovigilance  Pharmacovigilance  Infectiovigilance  Anesthésiovigilance

**A UNE PROCEDURE OU A UN PROTOCOLE**  
 Absent  Obsolète  Incomplet  Non respecté


<b>AUX SOINS</b> <input type="radio"/> A une chute <input type="radio"/> A la prise en charge globale <input type="radio"/> A la prise médicamenteuse <input type="radio"/> A un défaut qualité sur un médicament <input type="radio"/> A la prise en charge de la douleur <input type="radio"/> A une erreur de côté <input type="radio"/> A l'apparition d'escarre <input type="radio"/> A une complication thromboembolique <input type="radio"/> A une transmission de consignes <input checked="" type="radio"/> A un geste diagnostique <input type="radio"/> A un geste thérapeutique	<b>AUX RISQUES PROFESSIONNELS</b> <input type="radio"/> A l'exposition accidentelle à un produit <input type="radio"/> Aux déchets de soins <input type="radio"/> A un contact avec un liquide biologique <input type="radio"/> A une agression ou une violence  <b>A L'ENVIRONNEMENT HOSPITALIER</b> <input type="radio"/> A l'attente excessive de la personne prise en charge <input type="radio"/> A un vol ou une tentative de vol <input type="radio"/> A une perte d'objet ou de vêtement <input type="radio"/> Au transport <input type="radio"/> A l'hygiène hospitalière
---	---

# Qualification

Saisie d'un formulaire - Windows Internet Explorer

Fiche de signalement des événements indésirables

FEI (Tout public) | Qualif (MASCLET Maud) | Actions\*\*\*

 **Fiche de signalement des événements indésirables**  
**Qualification**

**Qualification de l'évènement**

Thème ▶ Envoi des prélèvements non réalisés ▼ [Voir tous les événements du même thème](#)

**Cotation**

Fréquence 4 : Très fréquent ▼	Gravité 8 : Majeure ▼	Déteçtabilité 0,4 : Risque connu, détecté mais non surveillé ▼
----------------------------------	--------------------------	---

Criticité : 32  
Niveau de risque observé : 12,8

**Suivi**

Suivi nécessaire  Oui  Non      FEI de référence

Gestionnaire ▶ DUMONTEIL Martine ▼

Personnes à informer ▶ ALVY Nelly ▼

# Fiche de Suivi

Saisie d'un formulaire - Windows Internet Explorer

Fiche de signalement des événements indésirables

FEI (Tout public) Qualif (MASCLET Maud) Actions\*\*\*

 Centre hospitalier de Périgueux

**Fiche de signalement des événements indésirables**

Suivi

Causes ▶ Comportement - 50%  
Connaissances - 50%

Conséquences ▶ Prestation non assurée / Report - 50%  
Perte de temps/retard dans le travail - 50%

**Fiche Action (Liste des actions)**

Etat	N° action	Description	Date prévue	Resp. du suivi	Etat	Démarrée le
	141	Direction des Soins et Cadre Sage-Femmeau courant de ...	13/10/2011	▶ DUMONTEIL Martine	Réalisée	18/10/2011
 <a href="#">Suivi</a> <a href="#">Action</a>	152	Formation concernant les Bilans ImmunoHématos et les Urgences	05/12/2011	▶ SPIELDENNER Fabien		

Nombre d'enregistrements : 2 Nb/page : 20

Commentaire

# Suivi par le responsable

---

Saisie d'un formulaire - Windows Internet Explorer

Fiche Action

Déf. Action (DUMONTEIL Martine) Suivi Action\*\*\*

**Fiche Action**  
**Suivi**

Etat de l'action

- Démarrée
- Suspendue
- Non réalisable
- Réalisée

Commentaire



# Conclusion

---

- ❑ Première expérience avec cette méthodologie. Présentation en test
  - ❑ Cas complexe
-