

Dans le cadre du suivi de la charte de coopération, signée entre les établissements d'HAD et l'URPS infirmiers Ile-de-France, vous pouvez nous signaler, en remplissant cette fiche, tout évènement indésirable rencontré avec des organismes d'Hospitalisation à domicile (HAD). Nous nous chargerons d'analyser ces évènements puis de les faire remonter aux HAD eux-mêmes, mais également à l'Agence régionale de santé (ARS), à la CPAM et à l'ordre infirmier si nécessaire.

Si vous le souhaitez, vous pouvez également renseigner cette fiche en ligne via notre site internet :  
idf.infirmiers-urps.org (rubrique actualité)

Vous pouvez nous renvoyer cette fiche par mail : [urps.ide.idf@gmail.com](mailto:urps.ide.idf@gmail.com)  
Ou par courrier : URPS infirmiers Ile-de-France, 12 rue Cabanis, 75014 Paris.

1- IDEL DECLARANT(E)	2- INFORMATIONS SUR LE PATIENT CONCERNE
Nom : ..... Prénom : ..... Adresse du cabinet : ..... ..... Téléphone : ..... Courriel : .....	Nom (les trois 1 <sup>ères</sup> lettres) : ..... Prénom : ..... Ville : ..... Patient déjà suivi par l'IDEL <b>AVANT</b> la prise en charge par l'HAD ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Le libre choix du patient a-t-il été respecté quant à la suite de sa prise en charge (avec ou sans l'IDEL) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3- INFORMATIONS SUR L'HAD CONCERNE	
Nom de l'opérateur d'HAD : ..... Nom de l'infirmière coordinatrice de l'HAD : ..... Avez-vous une convention avec cet opérateur d'HAD : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
4- DESCRIPTION DE L'EVENEMENT INDESIRABLE	
ou Date : ...../...../.....    Heure : .....h.....    lieu : ..... Période : .....          Mesures prises immédiatement :          Personnes prévenues :	

**5- CONSEQUENCES DE L'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE**

**A REMPLIR PAR L'URPS INFIRMIERS IDF**

**L'évènement est relatif à :**

- Non-respect des règles d'inclusion     Problème de cotation     Problème lié à la coordination  
 Non-respect du libre choix du patient     Autre

**Information transmise à :**

- HAD     ARS     CPAM     Ordre infirmier     Autre

**Traitement de l'évènement indésirable :**