



FICHE DE DECLARATION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE - RECLAMATION

A envoyer par mail à l'adresse relationclient.lbmms@chu-lyon.fr

PARTIE RESERVEE AU DECLARANT

DATE DE LA REDACTION DE LA FICHE :

INFORMATION CONCERNANT LE SIGNALANT :

Nom et prénom :

Fonction :

Etablissement et service :

Téléphone :

Pièces jointes à la déclaration (facultatif) :

OUI

NON

INFORMATIONS GENERALES SUR L'EVENEMENT

Date de l'évènement :

Heure de l'évènement :

L'évènement concerne un patient :

OUI

NON

Nom et Prénom du patient :
(obligatoire si l'évènement concerne un patient)

Date de naissance du patient :

Service du patient :

DESCRIPTION DES FAITS

Description des faits et mesures prises immédiatement :

Suggestions pour que l'évènement ne se reproduise plus :