

FICHE DE SIGNALEMENT DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES LIÉS À LA FORMATION

À adresser par mail à : fbordet.ifsidubugey@chph01.fr

PERSONNE DÉCLARANTE

PERSONNE CONCERNÉE

NOM :

Formateur

Apprenant en formation continue

PRENOM :

Agent administratif

Candidat à une sélection

FONCTION :

Intervenante externe

Partenaire de stage

Agent d'entretien

Financeur

Élève aide-soignant

Employeur

Étudiant en soins infirmiers

DATE-HEURE-LIEU DE L'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE

Date :

Heure :

Lieu :

DESCRIPTION DES FAITS

CONSEQUENCES POSSIBLES DE L'ÉVÈNEMENT INDESIRABLE À COMPLÉTER PAR LE DECLARANT

Préciser les conséquences possibles :

Personne(s) concernée(s) par ces conséquences :

Actions immédiates entreprises :

Propositions d'amélioration :

PARTIE RESERVEE A LA CELLULE QUALITE

Déclaration reçue le :

Gravité de l'incident

- 1
 2
 3
 4
 5

Fréquence de l'incident

- 1
 2
 3
 4
 5

CRITICITE =

Classification de l'évènement : Mineure Modérée Majeure

Déclaration traitée le : par :

Décision prise :

Clôture de la déclaration le :

CONSÉQUENCES SUR LE DÉROULEMENT DE LA FORMATION

MESURES IMMÉDIATES PRISES

PERSONNES PRÉVENUES

Nom : Fonction :

Date : Heure :

Destinataires	Personnes concernées par le formulaire			
Historique du document				
Version	Date de création	Révision	Nature des modifications	Prochaine révision
01	14/05/2019	2021	Création, modification	2025
02	30/11/2022	2022	Modification	2026