|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\DOCUME~1\c0b1w6\Modeles\logos\logo-g-lettre-couleur.gif | **Département de la santé et de l’action sociale**  Bâtiment administratif de la Pontaise (BAP)  1014 Lausanne |  |  |

# Incidents critiques à annoncer au Médecin cantonal

Ce formulaire doit être dûment complété et renvoyé dans les 10 jours ouvrables suivant l’incident critique au Médecin cantonal.

|  |
| --- |
| **Nom de l'établissement** |
|  |
| **Adresse** |
|  |
| **Service / Unité** |
|  |
|  |
| **Catégorie de l'événement (selon l'annexe à la Directive)** |
|  |
| **Date et heure de l'événement** |
|  |
| **Faits: description de l'événement** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Personnes impliquées dans l'incident critique** |
| ***Liste des professionnels impliqués*** |
| Prénom, nom {uniquement pour les cas a)} |
|  |
| Date de naissance et fonction (cas a, b et c) |
|  |
| Toute autre information pouvant s'avérer utile |
|  |
| ***Liste des patients impliqués*** |
| Prénom, nom {uniquement pour les cas a)} |
|  |
| Date de naissance, motif de l'hospitalisation et durée du séjour |
|  |
| Toute autre information pouvant s'avérer utile |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Analyse de la situation** |
| **Date** |
|  |
| **Quelles étaient les causes apparentes de l'incident?** |
|  |
|  |
|  |
| **Quelles mesures d'urgence ont été prise?** |
|  |
|  |
|  |
| **Propositions de mesures à mettre en place pour réduire le risque futur** |
|  |
|  |
|  |
| **Des autorités ou des professionnels externes sont-ils intervenus? Dans l'affirmative, préciser lesquels.** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Date de l'annonce orale au Médecin cantonal** |
|  |
| **Prénom et nom du responsable ayant procédé à l'annonce orale** |
|  |
|  |
| **Prénom et nom du responsable d'exploitation ou son suppléant** |
|  |
| **Lieu et date** |
|  |
| **Signature** |
|  |
|  |
| ***Ce formulaire est à retourner à L'Office de médecin cantonal, Bâtiment administratif de la Pontaise (BAP), Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne ou par courriel*** [***medecin.cantonal@vd.ch***](mailto:medecin.cantonal@vd.ch) |