



# FICHE DE SIGNALEMENT INTERNE D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Fiche de signalement à adresser à la pharmacie

Cette déclaration permettra de faire une analyse des causes et de chercher des actions correctives en dehors de toute recherche de sanction

Date : ... / .. / ..

Heure :

Service :

## SIGNALANT (facultatif)

Nom :

Prénom :

Profession :

## PATIENT CONCERNE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom de la spécialité, dosage, voie d'administration

## DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT

Date de survenue .. / .. / ..

Description (nature, circonstances, actions entreprises) :

## NATURE

- ☐ Risque d'erreur
- ☐ Erreur avérée

## CAUSE D'ERREUR

- ☐ Confusion de dénomination
- ☐ Manque de lisibilité des mentions de l'étiquetage
- ☐ Défaut d'information (RCP, notice)
- ☐ Défaut de présentation (conditionnement...)
- ☐ Autre, précisez :

## Conséquences pour le patient :

- ☐ Aucune
- ☐ Événement indésirable, précisez (nature, gravité, évolution, mesures prises) :

Autre (incident...), précisez (exemple : administration impossible) :

## EVITABILITE

- ☐ Oui
- ☐ Non