

Aidez-nous à nous améliorer !

Suggestion d'Amélioration Bienveillante

Dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins apportés aux patients, le Centre Hospitalier de Mouscron est attentif à prévenir l'apparition d'évènements indésirables (EI) associés aux soins c'est-à-dire tout évènement qui perturbe ou retarde le processus de soins ou impacte directement le patient dans sa santé.

L'amélioration de la qualité et de la sécurité est l'affaire de tous, c'est pourquoi nous faisons appel à vous.

Nous vous invitons à compléter cette fiche de Suggestion d'Amélioration Bienveillante afin d'y déclarer tout évènement qui a ou aurait pu nuire à une prise en charge sécuritaire d'un patient (erreur d'aiguillage dans l'institution, erreur d'identification, etc.).

Toute déclaration de Suggestion d'Amélioration Bienveillante fera l'objet d'une analyse afin de mettre en place des actions d'amélioration.

Suite à votre déclaration de Suggestion d'Amélioration Bienveillante, nous nous engageons à vous communiquer les actions mises en place afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins apportés à nos patients.

Nous vous remercions pour votre collaboration précieuse à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein de notre institution.

Date de la déclaration/...../.....

Description de l'évènement

Date à laquelle l'évènement s'est produit : / /

Heure à laquelle l'évènement s'est produit : h

Lieu où l'évènement s'est produit :

- En hospitalisation classique (à préciser) :
- En hospitalisation de jour (à préciser) :
- Au service des urgences
- En service médico-technique (à préciser) :
(Imagerie Médicale, Laboratoire, Radiothérapie, Médecine nucléaire, Bloc opératoire, Dialyse, Soins intensifs)
- En consultation (à préciser) :
(Pédiatrie, Urologie, Dentisterie, ORL, EMG, Endoscopie/Gastroscopie, EFR, etc.)
- En visite (à préciser) :

Expliquez brièvement les faits observés :

.....
.....
.....
.....
.....

Quelle Suggestion d'Amélioration Bienveillante pouvez-vous proposer ? :

.....
.....
.....
.....
.....

Identification

Patient (facultatif)

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... ①.....
☒.....
@ : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□@□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Déclarant (obligatoire)

Nom : Prénom :
Lien de parenté avec le(la) patient(e) :
Date de naissance :/...../..... ①.....
☒.....
@ : □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□@□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
Souhaitez-vous obtenir une réponse ? :
○ Oui
○ Non