



FORMULAIRE DE DECLARATION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE ASSOCIE AUX SOINS - USAGERS

(QUAL/ENR/672 version 001 applicable au 15 nov. 2023)

Vous souhaitez déclarer un évènement indésirable associé aux soins¹ reçus lors de votre passage dans notre établissement ?

Remplissez le formulaire ci-dessous en veillant à être le plus précis possible.

Cet outil ne sert en aucun cas de messagerie pour des questions médicales suite à votre prise en charge ou une prise de rendez-vous. Pour cela, merci de contacter le secrétariat médical de votre praticien.

Nous reviendrons vers vous si besoin de précisions et vous apporterons une réponse dans les meilleurs délais.

***Obligatoire**

Nom * :

Prénom * :

Téléphone * :

Mail * :

Adresse * :

J'autorise le Centre Hospitalier de Kourou à me contacter si besoin de précision sur ma déclaration.

Oui *Non*

Date de naissance (jj/mm/aaaa) * :

Date du séjour * :

Description de l'évènement que je souhaite déclarer * :

¹ **Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)** : C'est un évènement défavorable survenu lors de votre prise en charge qui a ou qui aurait pu avoir des conséquences sur votre santé.



FORMULAIRE DE DECLARATION D'UN EVENEMENT INDESIRABLE ASSOCIE AUX SOINS - USAGERS

(QUAL/ENR/672 version 001 applicable au 15 nov. 2023)

Lieu exact où s'est déroulé l'évènement (chambre, salle de bains, couloir, bloc opératoire, accueil, salon d'attente...) * :

Avez-vous déclaré cet évènement à l'ARS (Agence Régionale de Santé) ? * :

Oui Non

Par quel biais, je souhaite recevoir la réponse de l'établissement ? * :

Mail Courrier

.....

Une fois le formulaire rempli, merci de l'envoyer à la cellule qualité-gestion des risques du CHK :

- Par Mail : Qualite@ch-kourou.fr
- ou
- Par Courrier : *Service Qualité
Centre Hospitalier de Kourou (CHK)
Avenue Léopold Héder
BP 703 – 97387 Kourou cedex*

Le CHK vous remercie pour votre contribution à l'amélioration de nos services.