

Études de cas morbidité/mortalité (classification au verso)
par critères implicites (objectifs au verso)

Département/Service: _____

Date: _____
Année - mois - jour

Présences

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

**LES RAPPORTS DES RÉUNIONS DOIVENT ÊTRE CONSERVÉS DANS CHAQUE DÉPARTEMENT ET
DEMEURER DISPONIBLES POUR CONSULTATION**

Identification		Diagnostic		Recommandation/Conclusion		
# Dossier	Initiales du patient	Sujet	* Classe I à IV	Conforme	Conforme avec modification de la pratique	Non-conforme
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S.V.P. : retourner à la DSP à chaque mois:
à Marie-France Le Breux à l'adresse courriel suivante : mlebreux.iusmm@ssss.gouv.qc.ca

CLASSIFICATION POUR L'ÉTUDE DES CAS DE MORBITÉ ET MORTALITÉ

Décès ou complication inévitable

Classe I

- dû à l'âge
- dû à la pathologie
- autres

**Si la mort ou la morbidité était évitable,
indiquez l'intervention médicale qui aurait pu améliorer le pronostic**

Classe II

Diagnostic

Classe III

Choix du traitement

Classe IV

"Management" en cours de traitement

Objectifs d'une étude par critères implicites Conventionnelle et revue de mortalité et de morbidité (RMM)

- 1 Établir la séquence des événements ayant mené à la complication ou au décès.
- 2 Cerner les causes immédiates :
 - intervention, médication;
 - équipement;
 - protocole/procédure de soins;
 - erreur humaine.
- 3 Cerner les causes profondes* :
 - communication entre les intervenants;
 - composition des équipes soignantes;
 - organisation du travail clinique;
 - culture de la qualité et la sécurité des soins.
- 4 Déterminer et mettre en œuvre les modifications nécessaires afin de limiter les risques qu'un événement similaire se reproduise.

*Cet objectif est plus facilement atteint lors d'une RMM.