

ENQUÊTE ET ANALYSE D'UNE RÉCLAMATION POUR BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS

Nom complet usager :

N° de dossier :

Tél. de l'utilisateur :

Date de l'événement :

Nom gestionnaire :

Tél. gestionnaire :

Installation :

Unité / Service / Chambre :

Endroit de la perte : Lors d'un transfert Chambre Autre (précisez)

Bris ou perte constaté par : Patient Famille Personnel Autre

N° Formulaire AH-223 :

Formulaire « Effets personnels de l'utilisateur » a-t-il été complété à l'admission ? Oui Non

Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète

A- CONDITION DE L'USAGER LE JOUR DE L'ÉVÉNEMENT

Déficit cognitif OUI NON Si oui, précisez :

Orientation dans le temps OUI NON Mange sans aide OUI NON

Orientation dans l'espace OUI NON Se déplace seul OUI NON

Orientation à la personne OUI NON

Médication pouvant affecter ses fonctions cognitives OUI NON Si oui, laquelle :

Autre :

La condition de l'utilisateur le jour de l'événement lui permettait de s'occuper de ses effets personnels :

OUI NON Pourquoi ?

B- IDENTIFICATION DE L'EFFET PERSONNEL

Domage aux biens : Bris Perte Autre (précisez)

Prothèse dentaire : Haut Bas Partielle Complète

Prothèse auditive : Gauche Droite Complète

Autre bien : (précisez)

Durée d'utilisation ou d'usure :

Valeur à l'achat : \$ pièce(s) jointe(s) (*fournir la facture initiale*)

Coût estimé de remplacement ou de réparation : \$ pièce(s) jointe(s) (*fournir un justificatif*)

C- BRIS OU PERTE SUITE À UN TRANSFERT

Oui (répondre aux questions suivantes)

Non (aller directement à la section D.)

Patient transféré de l'unité : Unité / service, étage, chambre

vers l'unité : Unité / service, étage, chambre

1. Qui s'est occupé d'emballer les effets personnels de l'utilisateur pour le transfert?
2. À quel moment de la journée l'utilisateur a-t-il été transféré?
3. Qui s'est occupé du transfert de l'utilisateur?
4. Qui s'est occupé du transfert de ses effets personnels?
5. Où les effets personnels ont-ils été rangés, pour le transfert?
6. Le personnel confirme-t-il que les effets personnels possédés par l'utilisateur correspondaient à ce qui est réclamé? Oui Non

Commentaire :

→ Compléter la section D. relative aux recherches entreprises et résultats.

D- PERTE D'EFFET PERSONNEL AUTRES QUE DES PROTHÈSES: DÉTAILS DES CIRCONSTANCES

1. La liste des effets personnels mentionne-t-elle les effets réclamés? Oui Non
2. Le personnel présent lors de l'hospitalisation se souvient-il des effets personnels réclamés? Oui Non
3. Qui a retiré les effets personnels de l'utilisateur?
4. Qu'a-t-on fait avec les effets personnels de l'utilisateur une fois qu'ils ont été retirés?
5. L'utilisateur a-t-il reçu la visite de ses proches entre son arrivée et la découverte de la perte? Oui Non
6. Les proches se sont-ils informés des effets personnels de l'utilisateur? Oui Non
7. Qui a découvert la disparition des effets personnels de l'utilisateur?
8. Quand a-t-on découvert la disparition des effets personnels de l'utilisateur?
9. De quelle façon cette découverte s'est-elle faite?
10. De quelle façon explique-t-on la perte des effets personnels de l'utilisateur? Quelle est l'hypothèse la plus plausible?

E- PERTE DE PROTHÈSES : DÉTAILS DES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÈNEMENT

1. L'utilisateur s'occupait-il lui-même de l'hygiène et de l'entretien de ses prothèses?
2. Qui s'occupait de mettre et de retirer les prothèses, l'utilisateur ou le personnel?
3. Que dit le plan de soins à cet effet?
4. L'utilisateur avait-il un contenant pour ranger ses prothèses? Oui Non Ce contenant était-il identifié à son nom? Oui Non
5. Est-ce qu'une tablette ou une table de chevet était disponible et à la portée de l'utilisateur, pour qu'il y range ses prothèses? Oui Non
6. Est-ce que l'utilisateur faisait de l'errance?
7. L'utilisateur avait-il pour habitude de retirer ses prothèses, de les envelopper dans du papier mouchoir ou serviette, ou de les laisser sur son lit? Si oui, cette habitude était-elle connue du personnel?
8. Quand a-t-on vu les prothèses pour la dernière fois? Par qui?
9. Qui a découvert la perte des prothèses?
10. Dans quelles circonstances cette découverte s'est-elle faite? Comment a-t-on découvert que les prothèses étaient perdues?
11. Les prothèses ont été perdues de quelle façon? (Si on ne connaît pas les circonstances exactes, quelle est l'hypothèse la plus plausible?)
Comment explique-t-on la situation?
12. Le contenant a-t-il été perdu également? Oui Non
13. Est-ce que la perte a été constatée lors du retour d'un examen? Oui Non (aller à la question 18)
14. Lorsque l'utilisateur a quitté pour son examen, portait-il ses prothèses? Oui Non
15. Que fait-on habituellement avec les prothèses, lorsqu'un usager se présente pour un examen tel que celui subit par l'utilisateur?
16. Le personnel de la salle d'examen se souvient-il de l'utilisateur? Oui Non
17. Se souvient-on s'il avait ses prothèses et si oui, ce qu'on en a fait?
18. L'utilisateur est-il décédé entre le moment de la perte et aujourd'hui? Oui Non Ne sais pas
Si oui, les prothèses avaient-elles été remplacées avant son décès? Oui Non Ne sais pas

F- RECHERCHES ENTREPRISES POUR RETROUVER LES EFFETS PERSONNELS ET RÉSULTATS

G- RECOMMANDATION DU CHEF DE SERVICE OU D'UNITÉ

Selon votre analyse, la responsabilité est imputable à l'établissement : OUI NON

Pourquoi ?

Numéro du centre de coût en cas de responsabilité :

Nom et prénom

Unité / Service

Téléphone et poste

Signature

Date

H- COMPLÉMENT D'INFORMATION

Documents à joindre avec le formulaire d'enquête et d'analyse d'une réclamation :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulaire de déclaration AH-223 | <input type="checkbox"/> Copie du formulaire «Effets personnel de l'utilisateur» |
| <input type="checkbox"/> Formulaire de réclamation dûment complété | |
| <input type="checkbox"/> Facture de l'achat initial du bien réclamé | et/ou <input type="checkbox"/> Estimé écrit du coût de remplacement |

REMARQUE

Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans la démarche complète.

Ce formulaire d'enquête et d'analyse doit être complété le jour même du constat de l'événement.

Ce formulaire doit être envoyé dans les meilleurs délais au service de la gestion intégrée des risques.

Service de la gestion des risques et sécurité de l'information

@ : gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca