



FICHE INCIDENT DE TRANSFERT

Cette fiche doit être archivée dans le service, un double doit être transmis par mail au réseau PERINAT :
reseauperinatguyane@gmail.com

N° FICHE : /_/_/_/ réservé au réseau PERINAT

ORIGINE DU SIGNALEMENT

Nom du déclarant : Fonction du déclarant :

Établissement déclarant : Service :

Téléphone (où l'on peut vous joindre) :

Autre structure impliquée (établissement receveur):.....

Nom de l'interlocuteur : Fonction de l'interlocuteur :

Nom et prénom du patient : Date de naissance :/...../.....

Date et heure de l'incident :/...../20.....h.....

Type de transfert :

Transfert in utero

Transfert néonatal

Transfert post-natal maternel

CONSÉQUENCES DU DYSFONCTIONNEMENT :

Devenir du patient :

Mesures immédiates prises pour corriger le dysfonctionnement :

TRAITEMENT DE L'INCIDENT (Cadre réservé au réseau PERINAT)

Date de réception :/...../20.....

Type d'incident :

Absence de concertation (équipe non avisée)

Absence de transmissions

Vecteur de transport inadapté

Médication non adaptée

État hémodynamique du patient(e) instable

Refus de transfert

Autre (précisez).....

Suites données à la déclaration d'incident :

Mesures correctives pour éviter la récurrence :