



FICHE ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE LIÉ À UN ACTE DE BIOLOGIE MÉDICALE

Date de la déclaration : ____ / ____ / ____

ORIGINE DE LA DÉCLARATION

Nom et tampon du déclarant : *(possibilité de garder votre anonymat)*

Fonction : _____

Structure : _____

Autre(s) acteur(s) impliqué(s) :

LA PERSONNE CONCERNÉE

Âge

Sexe

Nationalité

Couverture sociale PUMa + Mutuelle PUMa seule CMU AME Sans

Analyse concernée

L'ÉVÈNEMENT DÉCLARÉ

Date, heure et lieu de l'évènement :

Incident(s) :

- Accueil
- Refus de prise en charge
- Non respect de l'anonymat
- Non respect de la confidentialité
- Facturation de soins soumis à forfait
- Autre(s) : _____

Description de l'évènement :

ÉVÈNEMENTS ASSOCIÉS AUX SOINS

- Retard de prise en charge
- Détresse psychologique
- Autre(s) : _____

Description :

TRAITEMENT *(réservé au Réseau de Périnatalité de Guyane)*

Date de réception :

Document à transmettre à

Pour Cayenne et l'Est

Réseau de Périnatalité de Guyane
6 rue des Cèdres,
97354 Rémire-Montjoly

assistant-coordo@reseauperinatguyane.fr

0594 27 16 01

Pour l'Ouest

Réseau de Périnatalité de Guyane
21 avenue de la Marne,
97320 Saint-Laurent-du-Maroni

ref-ouest@reseauperinatguyane.fr

0694 36 68 78