Nom de l’hôpital :

Numéro d’agrément :

Nom de la personne de contact pour ce template :

Email de la personne de contact pour ce template :

**RAPPORTAGE SUR LE CONTRAT QS 2019**



Template SGS 5 : Analyse proactive des risques relatifs aux soins somatiques ou la privation de liberté

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFO |  | Pendant la durée du troisième programme pluriannuel (2019-2022), trois analyses des risques proactives seront demandées. L’une concerne les soins médicamenteux (thème obligatoire), une concerne un thème optionnel de pilier A (processus de soins) et une concerne un thème optionnel de pilier B (gestion des risques).Ce template concerne une **analyse proactive des risques relatifs aux soins somatiques OU la privation de liberté (thèmes optionnels du pilier A).** **Veuillez cocher ci-dessous le type d'incident que votre hôpital a choisi :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Soins somatiques |
|  | Privation de liberté |

Nous vous demandons ci-après une explication plus détaillée de l’analyse proactive des risques de 2019 relatifs aux soins somatiques. **S’il vous plaît, faites cela de manière concise.** |
| RAISON DE L’ANALYSE proactive des risques |  | Décrivez ci-dessous la **raison** de l’analyse proactive des risques relatifs au thème choisi.  |
| Groupe cible |  | Quel était le **groupe cible** de l’analyse proactive des risques ? |
| RISQUES DÉCELÉS PAR l’ANALYSE PROACTIVE |  | Quels ont été **les plus gros risques** décelés par l’analyse proactive (maximum 3)Identifier une action sur la façon dont l’un de ces risques est **géré**. |
| IMPLICATION du PATIENT (\*) OU DE SA FAMILLE |  | Décrivez comment le patient ou sa famille ont été impliqués dans* l’**analyse** proactive des risques relatifs au thème choisi
* la formulation des **actions d’améliorations** par rapport au thème choisi

(\*) cela peut être aussi un expert de vécu ou un représentant du patient |
|  |  | *Merci d’avoir rempli ce template. Veuillez-vous assurer que* ***toutes les questions sont complétées****.* *Si vous ne pouvez pas répondre à la question, veuillez indiquer « aucun » ou « pas fait ».****Veuillez ajouter le template dans Survey Monkey (format WORD)*** ***avec le nom suivant :******Numéro d’agrément — 012 — SGS 5*** |
|  |
|  |