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 2020**



Template SGS 6: Analyse proactive des risques relatifs à l’autoagression OU l’agression ou le comportement de fuite ou les chutes

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFO |  | Pendant la durée du troisième programme pluriannuel (2020-2022), 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 au thème choisi du pilier B**  **Veuillez cocher ci-dessous le thème que votre hôpital a choisi :**   |  |  | | --- | --- | |  | Autoagression | |  | Agression | |  | Comportement de fuite | |  | Chutes |   Nous vous demandons ci-après une explication plus détaillée de l’analyse proactive des risques de 2020 relatifs à l’autoagression. **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 — 013 — SGS 6*** | |
|  | | |
|  | | |