

Données
administratives



* Introduisez ci-dessous votre numéro d'agrément et le nom de votre institution:

* Nom et prénom de la personne de contact:

* Données de contact de la personne:

E-mail

Numéro de téléphone

*** Mon hôpital dispose d'une accréditation à l'échelle de l'hôpital:**

- aucune initiative pour l'instant
- en préparation (par exemple Gap-analysis (JCI)/ ZER (NIAZ))
- en cours
- acquise

* Notre établissement a obtenu son accréditation à l'échelle de l'hôpital auprès de:

- JCI
- NIAZ/Qmentum
- ACI
- Planetree
- HAS
- une autre organisation

Accréditation hospitalière:
JCI

* L'accréditation JCI à l'échelle de notre établissement concerne une :

- première accréditation
- deuxième accréditation
- troisième accréditation
- quatrième accréditation

* Quels objectifs de sécurité du patient (IPSG) n'ont PAS été atteints ? (utiliser les codes JCI, p. ex. IPSG 4)

Pour les hôpitaux ayant obtenu plusieurs fois l'accréditation JCI, on demande les résultats de la DERNIÈRE accréditation.

Accréditation hospitalière:
NIAZ/Qmentum

* Notre établissement est accrédité au niveau de l'ensemble de l'hôpital conformément aux normes suivantes :

- NIAZ POR 2.4
- NIAZ POR 3.0 (Qmentum)
- NIAZ POR 3.1 (Qmentum)

* L'accréditation NIAZ (Qmentum) au niveau de l'ensemble de l'hôpital concerne une :

- première accréditation
- deuxième accréditation
- troisième accréditation
- quatrième accréditation

* Quelles Pratiques Organisationnelles Requises (POR) NIAZ (Qmentum) n'ont PAS été obtenues (ex. identification des usagers)?

Pour les hôpitaux ayant obtenu plusieurs fois l'accréditation NIAZ (Qmentum), on demande les résultats de la DERNIÈRE accréditation.

Accréditation hospitalière: autre
organisme

* Avec quel autre organisme d'accréditation avez vous travaillé?

* Quelles normes n'ont PAS été obtenues?

* Quelles normes n'ont PAS été obtenues?

* Choisissez cinq points qui ont le mieux progressé depuis 2012

Veillez sélectionner exactement cinq éléments, sinon vous recevrez un message d'erreur !

- 1. Signalement des événements indésirables (accidents et presque accidents)
- 2. Obtenir le respect de l'absence de sanction face aux erreurs (et convaincre le personnel que cette culture est respectée)
- 3. Implication active de la hiérarchie dans la gestion de la sécurité des patients
- 4. Inclusion de l'item sécurité des patients dans les formations continue et l'accueil des nouveaux (soignants-médecins)
- 5. Actions menées suite aux analyses d'EI (nombre et qualité)
- 6. Réalisation effective d'analyses de risque proactif pour améliorer la sécurité des patients
- 7. Généralisation des analyses de risque proactif en dehors des services cliniques
- 8. Actions d'amélioration sur le travail en équipe que ce soit au sein des équipes ou entre équipes
- 9. Actions d'amélioration sur les transmissions d'information au sein des équipes ou lors des transferts
- 10. Respect et promotion de l'autonomie du patient
- 11. Recours à une ou des checklists et utilisation réelle et effective de celles-ci
- 12. Recours à un ou des care bundle
- 13. Gestion de la bonne identification des patients et de leurs prélèvements
- 14. Procédures respectueuses de l'autonomie du patient et de l'information de la famille dans la gestion des contentions et des isolements sécuritaires (existence et leur respect)
- 15. Prise en charge structurée des 2ème victimes
- 16. Mise en place d'un plan de gestion de crise
- 17. Implication active de pharmaciens clinique au sein des unités de soins
- 18. Plan de gestion généralisé à l'hôpital des médicaments à haut risque
- 19. Amélioration de la coopération et de la coordination entre le comité de la sécurité des patients et les comités d'hygiène hospitalière, de transfusion et médico-pharmaceutique. L'objectif commun de ces comités a été rendu explicite
- 20. Réalisation régulière de tours de sécurité

* Choisissez cinq points qui ont selon vous demandé le plus d'effort et de mobilisation de ressources (indépendamment du résultat de ces efforts)

Veillez sélectionner exactement cinq éléments, sinon vous recevrez un message d'erreur !

- 1. Signalement des événements indésirables (accidents et presque accidents)
- 2. Obtenir le respect de l'absence de sanction face aux erreurs (et convaincre le personnel que cette culture est respectée)
- 3. Implication active de la hiérarchie dans la gestion de la sécurité des patients
- 4. Inclusion de l'item sécurité des patients dans les formations continue et l'accueil des nouveaux (soignants-médecins)
- 5. Actions menées suite aux analyses d'EI (nombre et qualité)
- 6. Réalisation effective d'analyses de risque proactif pour améliorer la sécurité des patients
- 7. Généralisation des analyses de risque proactif en dehors des services cliniques
- 8. Actions d'amélioration sur le travail en équipe que ce soit au sein des équipes ou entre équipes
- 9. Actions d'amélioration sur les transmissions d'information au sein des équipes ou lors des transferts
- 10. Respect et promotion de l'autonomie du patient
- 11. Recours à une ou des checklists et utilisation réelle et effective de celles-ci
- 12. Recours à un ou des care bundle
- 13. Gestion de la bonne identification des patients et de leurs prélèvements
- 14. Procédures respectueuses de l'autonomie du patient et de l'information de la famille dans la gestion des contentions et des isolements sécuritaires (existence et leur respect)
- 15. Prise en charge structurée des 2ème victimes
- 16. Mise en place d'un plan de gestion de crise
- 17. Implication active de pharmaciens clinique au sein des unités de soins
- 18. Plan de gestion généralisé à l'hôpital des médicaments à haut risque
- 19. Amélioration de la coopération et de la coordination entre le comité de la sécurité des patients et les comités d'hygiène hospitalière, de transfusion et médico-pharmaceutique. L'objectif commun de ces comités a été rendu explicite
- 20. Réalisation régulière de tours de sécurité

Fin de la
questionnaire

Merci pour votre coopération

Un document de validation par la direction de l'hôpital et du conseil d'administration vous a été transmis dans une correspondance précédente. Veuillez ajouter le document signé ci-dessous.

La date limite d'envoi est **le 31 mai 2018.**

N'oubliez pas d'appuyer sur le bouton "Envoyer" pour envoyer votre questionnaire définitif.

* Attacher la validation par la direction de l'hôpital et par le conseil d'administration

Nommer la pièce jointe comme suit: numerod'agrément_validation

Choisir un fichier

Aucun fichier n'a été choisi