



Formulaire I relatif au devoir d'information spontané à l'égard des autorités cantonales

Incidents graves à annoncer au Médecin cantonal

Ce formulaire doit être dûment complété et renvoyé dans les 5 jours ouvrables suivant l'incident grave au Médecin cantonal.

Nom de l'établissement

Adresse

Service / Unité

Catégorie de l'événement (art. 4 al. 2 let. a, b, c, d ou e des Directives)

Date et heure de l'événement

Faits: description de l'événement

Personnes impliquées dans l'incident grave pour des actes malveillants ou délictuels

Liste des professionnels impliqués

(uniquement pour les cas visés à l'art. 4 al. 2 let. a des Directives)

Prénom, nom

Année de naissance et fonction

Toute autre information pouvant s'avérer utile

Liste des patients impliqués

(uniquement pour les cas visés à l'art. 4 al. 2 let. a des Directives)

Prénom, nom

Date de naissance

Motif de l'hospitalisation et durée du séjour

Prénom, nom

Date de naissance

Motif de l'hospitalisation et durée du séjour

Prénom, nom

Date de naissance

Motif de l'hospitalisation et durée du séjour

Toute autre information pouvant s'avérer utile

Première analyse de la situation

Date

Quelles sont les causes supposées de l'incident ?

Quelles mesures correctrices d'urgence ont été prises?

Propositions de mesures à mettre en place pour réduire le risque futur

Des autorités ou des professionnels externes sont-ils intervenus? Dans l'affirmative, préciser lesquels

Prénom et nom du Directeur médical ou son remplaçant, et, pour les EMS du Directeur ou son remplaçant

Lieu et date

Signature

Ce formulaire est à retourner à l'Office de médecin par courriel à l'adresse medecin-cantonal@admin.vs.ch