



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