

Rapport circonstancié

Relatif à un incident survenu en stage (concernant un élève aide-soignant ou un étudiant en soins infirmiers)

MAITRE DE STAGE OU TUTEUR DECLARANT:

NOM : PRENOM :

GRADE / FONCTION :

SERVICE DU DECLARANT :

ETUDIANT/ELEVE

NOM : PRENOM :
ANNEE D'ETUDE IFSI/IFAS :
STAGE DU SEMESTRE :
PREVU DU AU
DANS LE SERVICE DE :

Organisation du stage :

- Nombre de patients en charge :
- Entretiens d'accueil le : avec :
- Entretiens intermédiaire le : avec :
- Entretiens de fin de stage le : avec :
- Objectifs de stage définis conjointement : avec
- Axes d'amélioration définis conjointement : avec
- Portfolio à disposition de l'équipe :
- Feuille de bilan de stage complétée le :

SIX FICHES THEMATIQUES SONT A VOTRE DISPOSITION, MERCI DE REMPLIR LA OU LES FICHES CONCERNÉES.

LISTE DES THEMES FAISANT L'OBJET D'UNE FICHE (chaque fiche est détaillée dans les pages suivantes, choisir la ou les fiches adaptées à la situation rencontrée) :

- 1. FICHE 1 : Attitudes et comportement face à l'équipe**
- 2. FICHE 2 : Attitudes et comportements face aux activités d'apprentissage demandées (analyse d'activités, démarche de soins, recherches diverses...)**
- 3. FICHE 3 : Attitudes et comportements face aux patients**
- 4. FICHE 4 : Activités et techniques de soins ou organisation des soins**
- 5. FICHE 5 : Transmissions à l'équipe pluridisciplinaire**
- 6. FICHE 6 : Respect de la sécurité des patients dans les soins**

1. FICHE 1 : Attitudes et comportement face à l'équipe

PREMIERES PERSONNES ALERTEES

..... Date heure :

USAGERS (patient ou famille) PRESENTS AU MOMENT DES FAITS

.....

PERSONNEL ENCADRANT PRESENT (Nom, prénom, fonction) :

.....

AUTRES PERSONNES TEMOINS (Nom, prénom, fonction) :

.....

PREJUDICES (PRÉCISER SI RÉEL OU ÉVITÉ) :

.....

DISPOSITIFS, PRODUITS, MATERIELS OU OUTILS UTILISES

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES (auteur(s) de la mesure prise):

.....

Directeur des soins prévenu Oui / Non

Directeur d'Institut prévenu Oui / Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DU OU DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (FACTUEL – CHRONOLOGIQUE - SANS INTERPRETATION ni JUGEMENT PERSONNEL) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE DU RAPPORT :

**SIGNATURE DU DECLARANT :
SIGNATURE(S) DU(ES)**

.....

2. FICHE 2 : Attitudes et comportements face aux activités d'apprentissage demandées (analyse d'activités, démarche de soins, recherches diverses...)

PREMIERES PERSONNES ALERTEES

..... Date heure :

USAGERS (patient ou famille) PRESENTS AU MOMENT DES FAITS

.....

PERSONNEL ENCADRANT PRESENT (Nom, prénom, fonction) :

.....

AUTRES PERSONNES TEMOINS (Nom, prénom, fonction) :

.....

PREJUDICES (PRÉCISER SI RÉEL OU ÉVITÉ) :

.....

DISPOSITIFS, PRODUITS, MATERIELS OU OUTILS UTILISES

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES (auteur(s) de la mesure prise):

.....

Directeur des soins prévenu Oui / Non

Directeur d'Institut prévenu Oui / Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DU OU DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (FACTUEL – CHRONOLOGIQUE - SANS INTERPRETATION ni JUGEMENT PERSONNEL) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE DU RAPPORT :

**SIGNATURE DU DECLARANT :
SIGNATURE(S) DU(ES)**

.....

3. FICHE 3 : Attitudes et comportements face aux patients

PREMIERES PERSONNES ALERTEES

..... Date heure :

USAGERS (patient ou famille) PRESENTS AU MOMENT DES FAITS

.....

PERSONNEL ENCADRANT PRESENT (Nom, prénom, fonction) :

.....

AUTRES PERSONNES TEMOINS (Nom, prénom, fonction) :

.....

PREJUDICES (PRÉCISER SI RÉEL OU ÉVITÉ) :

.....

DISPOSITIFS, PRODUITS, MATERIELS OU OUTILS UTILISES

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES (auteur(s) de la mesure prise):

.....

Directeur des soins prévenu Oui / Non

Directeur d'Institut prévenu Oui / Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DU OU DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (FACTUEL – CHRONOLOGIQUE - SANS INTERPRETATION ni JUGEMENT PERSONNEL) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE DU RAPPORT :

**SIGNATURE DU DECLARANT :
SIGNATURE(S) DU(ES)**

.....

4. FICHE 4 : Activités et techniques de soins ou organisation des soins

PREMIERES PERSONNES ALERTEES

..... Date heure :

USAGERS (patient ou famille) PRESENTS AU MOMENT DES FAITS

.....

PERSONNEL ENCADRANT PRESENT (Nom, prénom, fonction) :

.....

AUTRES PERSONNES TEMOINS (Nom, prénom, fonction) :

.....

PREJUDICES (PRÉCISER SI RÉEL OU ÉVITÉ) :

.....

DISPOSITIFS, PRODUITS, MATERIELS OU OUTILS UTILISES

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES (auteur(s) de la mesure prise):

.....

Directeur des soins prévenu Oui / Non

Directeur d'Institut prévenu Oui / Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DU OU DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (FACTUEL – CHRONOLOGIQUE - SANS INTERPRETATION ni JUGEMENT PERSONNEL) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE DU RAPPORT :

**SIGNATURE DU DECLARANT :
SIGNATURE(S) DU(ES)**

.....

5. FICHE 5 : Transmissions à l'équipe pluridisciplinaire

PREMIERES PERSONNES ALERTEES

..... Date heure :

USAGERS (patient ou famille) PRESENTS AU MOMENT DES FAITS

.....

PERSONNEL ENCADRANT PRESENT (Nom, prénom, fonction) :

.....

AUTRES PERSONNES TEMOINS (Nom, prénom, fonction) :

.....

PREJUDICES (PRÉCISER SI RÉEL OU ÉVITÉ) :

.....

DISPOSITIFS, PRODUITS, MATERIELS OU OUTILS UTILISES

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES (auteur(s) de la mesure prise):

.....

Directeur des soins prévenu Oui / Non

Directeur d'Institut prévenu Oui / Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DU OU DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (FACTUEL – CHRONOLOGIQUE - SANS INTERPRETATION ni JUGEMENT PERSONNEL) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE DU RAPPORT :

**SIGNATURE DU DECLARANT :
SIGNATURE(S) DU(ES)**

.....

6. FICHE 6 : Respect de la sécurité des patients dans les soins

PREMIERES PERSONNES ALERTEES

..... Date heure :

USAGERS (patient ou famille) PRESENTS AU MOMENT DES FAITS

.....

PERSONNEL ENCADRANT PRESENT (Nom, prénom, fonction) :

.....

AUTRES PERSONNES TEMOINS (Nom, prénom, fonction) :

.....

PREJUDICES (PRÉCISER SI RÉEL OU ÉVITÉ) :

.....

DISPOSITIFS, PRODUITS, MATERIELS OU OUTILS UTILISES

.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES (auteur(s) de la mesure prise):

.....

Directeur des soins prévenu Oui / Non

Directeur d'Institut prévenu Oui / Non

CIRCONSTANCES DETAILLEES DU OU DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES (FACTUEL – CHRONOLOGIQUE - SANS INTERPRETATION ni JUGEMENT PERSONNEL) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATE DU RAPPORT :

**SIGNATURE DU DECLARANT :
SIGNATURE(S) DU(ES)**

.....