



ANNEXE 3 :

FICHE DE MÉDIATION ENTRE IDEL ET EHAD

Lors de difficultés spécifiques (hors gestion quotidienne) rencontrées au cours d'une prise en charge en EHAD

Merci de compléter cette fiche et de l'envoyer à :
mediation.had@urpsinfirmiers-occitanie.fr

IDENTIFICATION

Déclarant : IDEL EHAD

Identification des parties (compléter avec les informations dont vous disposez) :

IDEL : NOM Prénom
Tel CP : Num ADELI

EHAD : NOM de l'EHAD Ville
Si déclarant : NOM, Prénom
Fonction

ÉVÈNEMENT

Date de l'évènement :

Patient concerné : Homme Femme Age

Évènement déclaré en lien avec : *cocher la/les case(s) correspondante(s)*

- La coordination du soin
- L'intervention du soin (accessibilité au matériel, accessibilité aux médicaments, traçabilité)
- La communication (informations manquantes, difficultés de communication, partage d'informations)
- La gestion administrative du soins (convention, lettre de mission, protocole de soins, paiement)
- La sécurité de la prise en charge (accessibilité au dossier médical, prescriptions médicales, pratiques de soins, suivi de la prise en charge)

Contexte et circonstances de la situation (détailler la chronologie de l'évènement et les conséquences possibles ou avérées) :

Actions mise en place pour résoudre l'évènement (compléter si concerné) :

Par l'IDEL :

Par l'EHAD :

Fiche clôturée : OUI NON

Commentaires :

.....

.....