

Responsabilité civile des établissements de santé

Présentation de l'établissement

Raison sociale _____

Adresse _____

SIRET _____ FINESS _____

Qualification

- Privé à but lucratif
 Privé à but non lucratif

Type

- MCO M
 MC SSR
 Autre PSY

Autres renseignements

Nombre de praticiens salariés _____
(chirurgiens, gynécologues obstétriciens, radiologues et anesthésistes)

Votre établissement dégage-t-il des résultats ?
 Oui Résultat du dernier exercice _____
 Non

Des praticiens sont-ils actionnaires de l'établissement ?

Oui Non

Votre établissement appartient-il à un groupe ?

Oui Nom du groupe _____
 Non

Activités

	Nbre de places	Nbre de lits	C.A. Exercice :
Médecine			
Chirurgie			
Chirurgie ambulatoire			
Chirurgie esthétique non réparatrice			
Obstétrique			
Psychiatrie			
Soins de suite et de réadaptation			
Soins palliatifs			
Dialyse			
Service des urgences			
Radiologie			
Maison de retraite			
Autre :			
Total			

Obstétrique → Nombre annuel de naissances ? _____ préciser l'exercice _____

“ Détail des activités

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecine | <input type="checkbox"/> Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique |
| <input type="checkbox"/> Néphrologie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique |
| <input type="checkbox"/> Cancérologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie viscérale |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie cardio-vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie | <input type="checkbox"/> Chirurgie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Traitement des maladies hautement contagieuses | <input type="checkbox"/> Chirurgie endoscopique |
| <input type="checkbox"/> Gynécologie obstétrique | <input type="checkbox"/> Chirurgie néonatale |
| <input type="checkbox"/> Procréation médicalement assistée | <input type="checkbox"/> Chirurgie ophtalmologique |
| <input type="checkbox"/> Maternité de niveau I | <input type="checkbox"/> Radiologie - imagerie médicale |
| <input type="checkbox"/> Maternité de niveau IIa | <input type="checkbox"/> Scanner |
| <input type="checkbox"/> Maternité de niveau IIb | <input type="checkbox"/> IRM |
| <input type="checkbox"/> Maternité de niveau III | <input type="checkbox"/> Endoscopie |
| <input type="checkbox"/> Activité de radiologie interventionnelle | <input type="checkbox"/> Echographie |

“ Sources de rayonnement ionisant

L'établissement détient-il des installations et/ou matériels sources de rayonnements ionisants :

- Soumis à autorisation de l'ASN ou de tout autre organisme qui lui serait légalement substitué
- Soumis à déclaration
- Autres sources : _____

Dans les deux premiers cas, joindre la liste des sources correspondantes

Politique de prévention et de protection

“ Accréditation de la Haute Autorité de la Santé

	Date	Nombre de recommandations	Réserves majeures	
			Nombre	Date de levée
Accréditation (V1)				
Certification (V2)				

“ Commission de sécurité

La commission de sécurité a-t-elle formulé un avis favorable ?

- Oui A quelle date ? : _____
- Non Quelles sont les mesures mises en place ? : _____
- _____

Politique interne de l'établissement

1	<p>Des actions de sensibilisation sont-elles menées auprès des médecins pour que le consentement éclairé du patient, concernant les éventuels risques médicaux au regard des bénéfices s'y rapportant, soit recueilli par écrit pour tout acte invasif (par exemple, acte chirurgical, biopsie d'organes, artériographie, radiologie interventionnelle, endoscopie, etc.) ?</p> <p>Si oui, préciser le mode d'action : _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Existe-t-il sur le site un médecin coordonnateur de l'évaluation des pratiques médicales ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Les événements redoutés ou presque-accident font-ils l'objet d'une analyse rétrospective formalisée dont le compte rendu est consultable par l'assureur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Les services qui hébergent des patients (nouveaux-nés, enfants, adultes, personnes âgées) dont la mobilité est réduite, voire impossible de façon autonome, sont-ils implantés en rez-de-chaussée ou dans des zones compartimentées selon la réglementation du 20.06.80 et l'arrêté du 03.05.89 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Des règles définissent-elles les conditions de retrait et de remplacement des équipements médicaux en fonction de l'importance de leur sollicitation, de leurs contraintes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Les données de traçabilité des dispositifs médicaux implantables (par exemple, chambres implantables, valves cardiaques, stimulateurs et défibrillateurs implantables, prothèses orthopédiques, ophtalmologiques, mammaires, etc.) sont-elles centralisées, informatisées et organisées pour retrouver l'identité d'un porteur en moins de 6 heures ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	<p>L'établissement dispose d'un personnel dédié à la lutte contre les infections nosocomiales équivalent aux ressources théoriques suivantes (en Equivalent temps Plein) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 ETP médical pour 800 lits - 1 ETP médical pour 400 lits 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Existe-t-il une politique de dépistage des porteurs de bactéries multi-résistantes à l'admission des patients ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	L'activité de stérilisation de l'établissement ou du prestataire est-elle certifiée ISO et EN ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Le réseau téléphonique permet-il la traçabilité informatique des appels externes et internes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Antécédents de sinistres

Litiges et réclamations ayant engagé la RC médicale de l'établissement, survenus au cours des 5 dernières années :

Année	Assureur	Etat*	Montant évalué**	Montant réglé	Nature et circonstances du sinistre***	

* En cours, clos, sans suite

** Provision + règlement partiel éventuel

*** Infection nosocomiale, retard de prise en charge, obstétrique, diagnostic, ...

Joindre les documents et états statistiques établis et certifiés par les compagnies d'assurance qui ont couvert le risque au cours des 5 dernières années.

Point assurance RC

Assureur actuel _____

Conditions tarifaires actuelles :

→ Prime H.T. _____

→ Taux H.T. _____

Franchises sur dommages corporels :

→ Infections nosocomiales _____

→ Autres dommages corporels _____

Le contrat a-t-il été résilié ?

Oui Non

Si oui, pour quel motif* ? _____ A quelle date ? _____

* du fait de l'assuré, de l'assureur pour sinistre, pour non paiement de prime, ...

Coordonnées du signataire :

Fait à _____, le _____

Nom _____

Fonction _____

Tél. _____

E.mail _____

Signature et cachet de l'établissement