

Nom et prénom de l'apprenant :	Service ou unité : Pôle :			
Etablissement de formation :	Maître(s) de stage :			
Semestre ou année de formation :	Tuteur(s):			
Dates de la ou les périodes de stage :	Contact avec l'établissement de formation : OUI $\square$ NON $\square$			
	Nom du ou des formateurs contacté(s) :			
Problématique(s) ayant motivée(s) la rédaction du rapport circonstancié :				
La mise en danger d'un patient				
La réalisation d'actes incompatibles avec la sécurité de la ou des personnes prises en soins				
L'absence de respect des règles d'identito-vigilance				
Le manquement à une règle institutionnelle				
Le non-respect du droit des patients				
Le non-respect du secret professionnel				
Le non-respect du droit de réserve				
L'utilisation inappropriée des réseaux sociaux				
Un comportement inadapté				
Une falsification de documents ou utilisation frauduleuse				
Autre(s) problématique(s) à préciser :				
PLAN D'ACTION MIS EN PLACE avant ou après le  ou les incidents				
1				



DESCRIPTION DE LA ou des SITUATIONS : avec les faits, les évènements marquants et leurs circonstances, les éléments issus d'entretiens formels et informels, les		
conclusions.		
Date :		
Heure :		
Acteur :		



and using a			
DESCRIPTION DE LA ou des SITUATIONS : avec les faits, les évènements marquants et leurs circonstances, les éléments issus d'entretiens formels et informels, les conclusions.			
Date :			
Heure:			
Acteur:			



RESULTATS : évolution observée : points positifs, points négatifs :				
Date :				
Maître(s) de stage :	Rédacteur du rapport :	Professionnel(s) de proximité ou autres :		
Tampon du lieu de stage :	* *			
Le:				
Signature de l'apprenant précédée de la mention : « a pris connaissance du rapport » écrit en lettre manuscrite				