






RAPPORT DES ACTIVITÉS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE L'ACTE MÉDICAL

Zone : 1B 4 5 6 Vitalité

Établissement : _____

Département/division/service : _____

Période de : _____ à _____

Types d'activités		Questions	Réponses		
	Revue de décès	1. Il y a-t-il eu des revues de décès depuis la dernière rencontre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
		2. Si oui, combien de dossiers ont été révisés ?			
	Revue de mortalité et de morbidité (RMM)	1. Il y a-t-il eu une ou des RMM depuis la dernière rencontre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
		2. Si oui, combien de cas ont été présentés ?			
	Autre(s) type(s) d'activité(s) organisée(s) en groupe par le département/division/service	1. Il y a-t-il eu d'autre(s) type(s) d'activité(s) de qualité ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> N/A
		2. Si oui, préciser : _____			

Commentaire(s) ou Recommandation(s) (s'il y a lieu)

*****Une fois complétée, veuillez joindre cette fiche au procès-verbal de votre rencontre pour l'acheminer au bureau du médecin-chef de votre zone.*****

« Ce document a été préparé uniquement dans le but d'identifier les opportunités d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et/ou de la formation médicale continue. Il s'agit d'un document confidentiel et privilégié en vertu de l'article 43.3 (2) de la Loi sur la preuve et de l'article 14 (1) d) de la Loi sur l'accès et la protection des renseignements personnels sur la santé »



Important: "Veuillez noter que ce document ne doit pas contenir de renseignement personnel, ni de renseignement personnel sur la santé du patient."