



Groupe de recherche  
interdisciplinaire en santé  
Secteur santé publique  
Faculté de médecine

*Incidence d'événements indésirables  
dans les hôpitaux québécois*

*Régis Blais  
Robyn Tamblyn  
Gillian Bartlett  
Ghislaine Tré  
Daphney St-Germain*

**R04-06**

**Septembre 2004**

Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2004  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISBN 2-921954-82-6

# INCIDENCE D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES DANS LES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS

Régis Blais<sup>1</sup>  
Robyn Tamblyn<sup>2,3</sup>  
Gillian Bartlett<sup>2,4</sup>  
Ghislaine Tré<sup>1</sup>  
Daphney St-Germain<sup>1</sup>

1. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal
2. Département de médecine, Université McGill
3. Département d'épidémiologie et biostatistique, Université McGill
4. Groupe de recherche en informatique de la santé, Université McGill

Septembre 2004

Financement : Institut canadien d'information sur la santé, Instituts de recherche en santé du Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec



## Table des matières

<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>i</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
Objectif de l'étude.....	3
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
Sélection des hôpitaux .....	4
Sélection des dossiers .....	5
Définitions.....	7
Collecte de données .....	7
Analyse de données.....	12
Éthique .....	12
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>13</b>
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>18</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>21</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>22</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>24</b>

### **ANNEXE 1 GRILLES DE REVISION DES DOSSIERS**

### **ANNEXE 2 BREVE DESCRIPTION CLINIQUE DES EVENEMENTS INDESIRABLES CLASSES SELON LEUR CARACTERE EVITABLE**

#### **Listes des tableaux et figures**

Tableau 1. Les 18 critères de dépistage utilisés à l'étape 1 de la révision, le nombre et la proportion de dossiers avec critères, le nombre de dossiers avec événement indésirable (EI) et la valeur prédictive positive selon chaque critère .....	9
Tableau 2. Taux d'événements indésirables (EI) par type d'hôpital .....	14
Tableau 3. Degré de déficience ou d'incapacité physique <sup>1</sup> au congé lié aux événements indésirables, par type d'hôpital .....	16
Tableau 4. Relation entre les événements indésirables et la durée de séjour par type d'hôpital .....	17
Tableau 5. Procédures ou événements reliés aux EI selon le service le plus responsable des soins lors de l'EI.....	17
Figure 1. Processus de révision des dossiers .....	6
Figure 2. Proportion d'événement indésirables (EI) selon leur moment d'apparition et de détection relativement à l'admission index .....	11



## RÉSUMÉ

**Contexte:** La sécurité des patients, telle que mesurée par les événements indésirables (EI), est devenue une préoccupation majeure des systèmes de santé. Les EI sont des blessures ou complications non intentionnelles causées par les soins administrés au patient et qui peuvent entraîner le décès, une incapacité, une prolongation du séjour hospitalier ou une réadmission. Des études réalisées à l'étranger et à l'échelle canadienne ont mesuré le taux d'EI dans les hôpitaux, mais aucun estimé n'existait pour le Québec.

**Objectif:** L'objectif de cette étude était de documenter la fréquence et la nature des EI dans un échantillon d'hôpitaux universitaires, de grands hôpitaux et de petits hôpitaux communautaires de soins de courte durée au Québec.

**Méthodologie:** Utilisant les mêmes méthodes qu'une étude canadienne récente réalisée par Baker et ses collaborateurs (16), nous avons sélectionné au hasard huit hôpitaux universitaires ou hôpitaux affiliés à des universités, dix grands hôpitaux communautaires (100 lits et plus) et deux petits hôpitaux communautaires (moins de 100 lits) dans un rayon de 260 km de Montréal. Nous avons révisé un échantillon aléatoire de 2355 dossiers de patients adultes (plus de 18 ans) admis au moins 24 heures dans ces hôpitaux en 2000-2001, à l'exclusion des cas psychiatriques et obstétricaux. Des infirmières ont d'abord révisé tous les dossiers pour y trouver certains critères de dépistage susceptibles d'être associés à des EI. Des médecins ont ensuite révisé les dossiers comportant ces critères afin de détecter les EI et déterminer leur caractère évitable.

**Résultats:** Au moins un critère de dépistage a été identifié dans 584 des 2355 dossiers (24,8%). Les médecins ont trouvé des EI dans 139 dossiers (5,9%). Après ajustement pour l'échantillonnage, le taux pondéré d'EI était de 5,6 pour 100 hospitalisations [IC: 4,5-6,7]. Chez les patients avec des EI, l'EI était évitable dans 26,8% (taux pondéré) des cas [IC: 22,2-31,3] et 10% des patients sont décédés [IC: 8,4-12,5]. Parmi

l'ensemble des dossiers révisés, le taux de mortalité associé aux EI était de 0,56% [IC: 0,55-0,56] et le taux de mortalité évitable était de 0,155% [IC: 0,154-0,156]. Les deux principaux types d'EI étaient de nature chirurgicale (32,7%) et médicamenteuse (19,5%). Les médecins ont estimé que les EI étaient associés à 1083 jours d'hospitalisation additionnels. Les hommes et les femmes avaient le même risque d'EI et les patients ayant vécu un EI n'étaient pas significativement plus âgés que ceux qui n'en avaient pas subi (moyenne d'âge = 62,8 ans, é.t. = 16,2 contre 61,9 ans, é.t. = 18,0,  $p = 0,55$ ).

**Discussion:** Le taux pondéré d'EI de 5,6% dans les hôpitaux québécois est comparable à celui mesuré au niveau canadien (7,5%) et inférieur aux taux observés dans d'autres pays que les États-Unis. Nos résultats suggèrent que parmi les 431908 hospitalisations semblables à celles étudiées ici et qui ont lieu au Québec annuellement, environ 24187 sont associées à des EI et 6479 d'entre eux pourraient être évitables (1,5% des hospitalisations), dont 670 décès évitables (0,155% des hospitalisations). Des efforts concertés devraient être faits par les autorités sanitaires, les gestionnaires d'établissements et les dispensateurs de soins afin de mettre en place des mesures permettant de réduire les EI et d'améliorer la sécurité des patients.



## INTRODUCTION

Au cours des dernières années, la sécurité des patients est devenue une préoccupation majeure des systèmes de santé des pays industrialisés. Au Canada, Millar (1) résume ainsi la situation : « Le système de santé lui-même est désormais considéré comme une des causes importantes de maladies, de décès et de coûts supplémentaires à cause des erreurs, des infections, des effets nocifs des médicaments, de la sous utilisation des interventions efficaces et de la dispensation de soins qui ne conviennent pas ou ne sont pas nécessaires ». En 2002, le gouvernement canadien décidait d'investir 50 millions \$ sur cinq ans pour la création de l'Institut canadien de la sécurité des patients. Au Québec, un comité ministériel faisait le point en 2001 sur cette problématique (2). Par la suite, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec créait le Groupe national d'aide à la gestion des risques et à la qualité composé d'experts dans différents domaines, et ayant pour mandat de promouvoir des soins de santé sécuritaires. Enfin, en décembre 2002, l'Assemblée nationale du Québec adoptait la loi 113 qui demande aux établissements de divulguer les problèmes de sécurité aux patients et de prendre les mesures pour corriger ces problèmes (3).

Un indicateur important de la sécurité des patients est le taux d'événements indésirables liés aux hospitalisations. Les événements indésirables (EI) sont des préjudices ou des complications causés par la prise en charge clinique, c.-à-d. les soins administrés au patient, plutôt que par la condition clinique du patient, et pouvant conduire au décès, à une incapacité à la sortie ou à un séjour hospitalier prolongé (4, 5). Les patients victimes de ces EI subissent des torts qui sont souvent le résultat de processus de soins déficients et du défaut d'apprendre d'EI précédents ou de quasi-accidents ("*near miss*"). Bien sûr, certains EI sont inévitables, comme dans le cas d'une réaction allergique inattendue à un antibiotique. Cependant, certaines études ont estimé que 37% à 51% des EI pouvaient être considérés comme potentiellement évitables (4 - 9).

Outre les torts subis par les patients, les EI engendrent des coûts importants pour les systèmes de santé. Par exemple, une étude réalisée en Australie a estimé que les EI étaient responsables de 8% de l'ensemble des jours d'hospitalisation et de 4,7 milliards de dollars de dépenses directes en soins de santé par année dans ce pays (5).

Des études mesurant le taux d'EI sur la base de la révision de dossiers hospitaliers ont été réalisées dans différents pays. La première étude importante est la Harvard Medical Practice Study, réalisée dans l'État de New York et publiée en 1991; cette étude a montré un taux d'EI de 2,9% (4). Reprenant pour l'essentiel la méthodologie de cette première étude, des recherches effectuées aux États-Unis, en Angleterre, en Nouvelle-Zélande, au Danemark et en Australie ont trouvé des taux d'EI allant jusqu'à 16,6% (en Australie) (5, 7, 9-12).

Jusqu'à récemment, de rares études canadiennes, réalisées dans quelques établissements seulement, avaient mesuré le taux d'EI dans les hôpitaux canadiens (13-15). Une étude récente, qui a examiné les EI suite à des soins hospitaliers et ambulatoires, a trouvé un taux d'EI de 12,7% dans un hôpital d'Ottawa (14). Même si ces études canadiennes partielles et celles réalisées dans d'autres pays laissaient croire que le phénomène des EI serait présent au Canada, on n'avait pas d'estimé de l'ampleur du problème à l'échelle du pays. Pour combler cette lacune, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé ont décidé de financer une étude pour établir le taux d'EI au niveau canadien. L'étude en question, réalisée par Baker et ses collègues (16), a porté sur un échantillon de 20 hôpitaux, soit quatre hôpitaux dans chacune des cinq provinces suivantes : Colombie-Britannique, Alberta, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse. Cette étude a trouvé que 7,5% des hospitalisations étaient associées à des EI et que ceux-ci auraient pu être évités dans 36,9% des cas (16). Étant donné le petit nombre d'hôpitaux étudiés dans chaque province, cette étude ne permettait pas de fournir d'estimé valable de l'incidence des EI par province. Voulant connaître le taux d'EI dans les hôpitaux québécois, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec nous a accordé

une subvention pour augmenter le nombre d'hôpitaux et de dossiers étudiés au Québec.

### **Objectif de l'étude**

Cette recherche est une extension de l'étude sur l'incidence des EI dans les hôpitaux canadiens (16). En utilisant des méthodes semblables à l'étude canadienne et à des études récentes réalisées dans d'autres pays, elle visait à documenter la fréquence et la nature des EI dans un échantillon d'hôpitaux universitaires, de grands hôpitaux et de petits hôpitaux communautaires de soins de courte durée au Québec.

## MÉTHODOLOGIE

Les méthodes employées sont essentiellement les mêmes que celles de l'étude canadienne initiale "Incidence des événements indésirables dans les hôpitaux canadiens" (16). Cette étude était basée sur un protocole développé dans le cadre de la Harvard Medical Practice Study qui a examiné l'incidence des événements indésirables dans des hôpitaux de l'État de New York en 1984 (4, 6). Ce protocole initial a été modifié et employé dans des études subséquentes réalisées au Royaume-Uni, en Australie, au Colorado, au Utah, au Danemark et en Nouvelle Zélande (5, 7, 9-12).

### Sélection des hôpitaux

Tous les hôpitaux de courte durée non spécialisés du Québec ayant un minimum de 1500 admissions par année et une salle d'urgence ouverte 24 heures par jour, 7 jours par semaine, étaient éligibles pour participer à l'étude. Pour des raisons budgétaires, seuls les hôpitaux situés dans un rayon de 260 km du centre de coordination du projet, c'est-à-dire Montréal, étaient admissibles. Les hôpitaux spécialisés (ex: pédiatriques, psychiatriques, Institut de cardiologie) ont été exclus. Les hôpitaux ou pavillons d'un centre hospitalier fusionné ont été considérés comme des hôpitaux différents dans la mesure où ils offraient une gamme complète de services.

Les hôpitaux ont été classés en trois catégories: petits (moins de 100 lits), grands (100 lits et plus, non universitaires) et universitaires. Deux petits hôpitaux et dix grands hôpitaux ont été choisis au hasard. Pour le groupe des hôpitaux universitaires, on a choisi au hasard un hôpital parmi les pavillons de chacun des quatre centres hospitaliers universitaires du Québec (CHUM, CUSM, CHUQ, CUSE) et un hôpital affilié à chacun de ces quatre centres hospitaliers universitaires. Pour assurer une meilleure représentativité des hôpitaux, pas plus de deux hôpitaux par région socio-sanitaire n'ont été retenus dans chaque catégorie.

Une lettre a été envoyée au directeur général de chaque hôpital sélectionné afin d'inviter son établissement à participer à l'étude. Lorsqu'un hôpital refusait de participer,

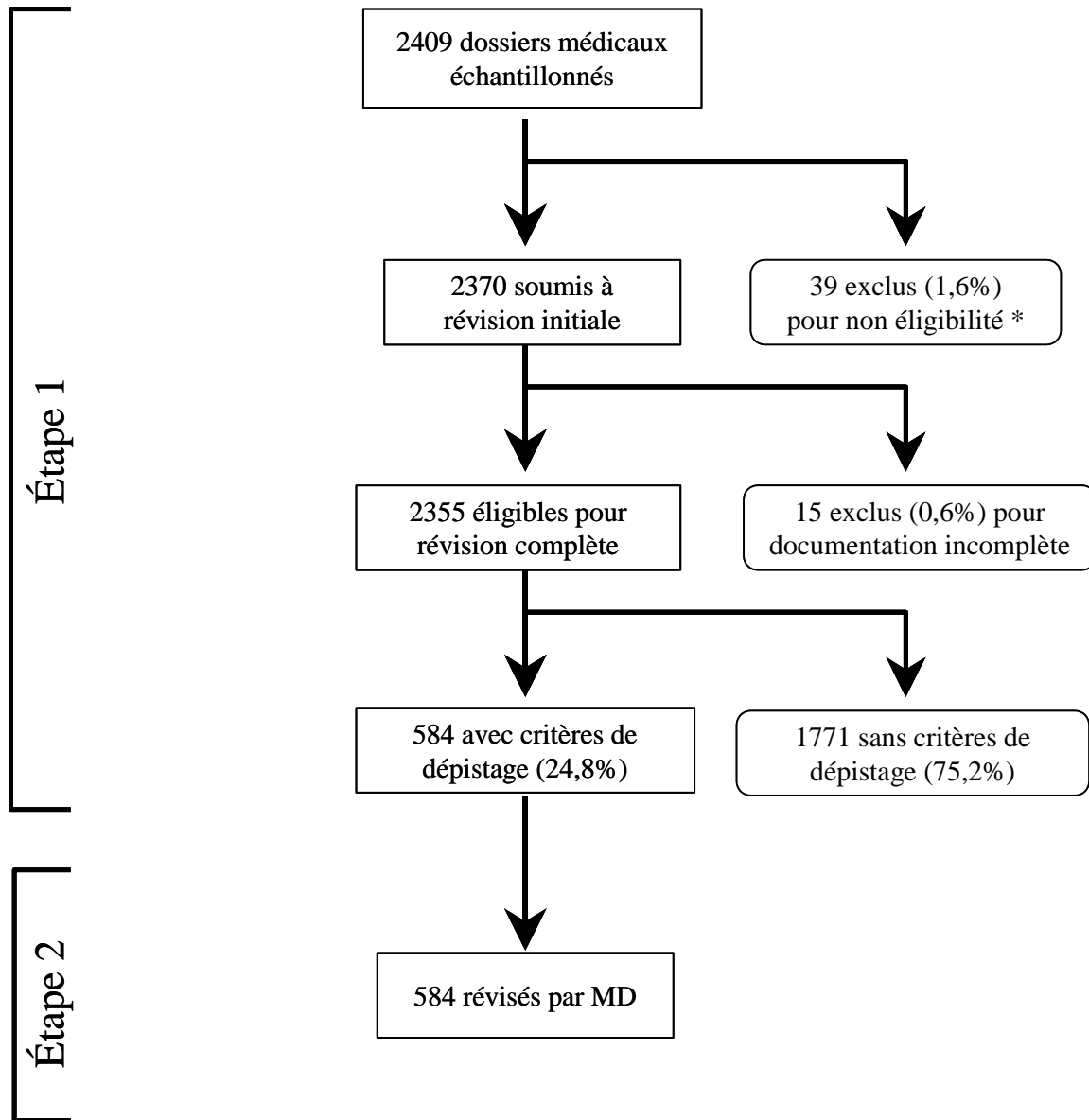
un autre était choisi au hasard. Cinq hôpitaux ont refusé de participer et un autre a décliné l'invitation en raison du réaménagement de son service des archives. L'échantillon final est constitué de 20 hôpitaux: deux petits, dix grands et huit universitaires (c.-à-d. les quatre CHU et quatre hôpitaux affiliés). Quatre hôpitaux (deux petits, un grand et un universitaire) faisaient partie de l'échantillon initial de l'étude canadienne; les 16 autres hôpitaux composaient l'échantillon de l'étude québécoise complémentaire.

### **Sélection des dossiers**

Chaque hôpital, par l'intermédiaire de son service des archives, avait la charge de sélectionner, selon des critères rigoureux et uniformes, un certain nombre de dossiers de patients hospitalisés ayant eu leur congé au cours de l'année financière s'échelonnant entre le premier avril 2000 et le 31 mars 2001. Les dossiers ont été choisis à partir des données hospitalières d'abrévés de sortie MED-ECHO et selon une méthode d'échantillonnage systématique. Les patients inclus sont ceux de plus de 18 ans et qui ont été hospitalisés au moins 24 heures (ou décédés dans les 24 heures suivant l'admission). Pour permettre des comparaisons avec les études antérieures, les patients avec un diagnostic principal obstétrical ou psychiatrique ont été exclus de l'étude. Si un patient avait été hospitalisé plus d'une fois pendant l'année, la première admission était désignée comme l'hospitalisation "index" ou à l'étude.

Pour les quatre premiers hôpitaux, faisant partie de l'étude initiale canadienne, l'objectif était de réviser 230 dossiers pour l'hôpital universitaire, 230 dossiers pour le grand hôpital et 142 dossiers pour chacun des deux petits hôpitaux. Pour les 16 hôpitaux de l'étude québécoise complémentaire, l'objectif était de 100 dossiers par hôpital. Un sur-échantillonnage a été effectué dans la perspective où 10% à 12% des dossiers ne seraient pas utilisables. Au total, 2355 dossiers valides ont été révisés. Le processus de révision des dossiers est présenté à la figure 1.

Figure 1. Processus de révision des dossiers



\* Les raisons de non éligibilité sont: séjour de moins de 24 heures et vivant au congé (n = 26), séjour de moins de 24 heures et état inconnu au congé (n = 11), âge inconnu ou 18 ans (n = 2).

## **Définitions**

Un événement indésirable (EI) a été défini comme une blessure ou une complication involontaire qui entraîne une incapacité au moment du congé hospitalier, le décès, une prolongation du séjour hospitalier ou une réadmission après l'hospitalisation index (*NB: le critère de réadmission après l'hospitalisation index n'était pas présent dans la définition utilisée dans l'étude canadienne de Baker et al (16) ou les études étrangères, mais nous avons jugé que cet ajout permettait de mieux refléter la réalité*) et qui est causée par la prise en charge clinique (c.-à-d. les soins administrés au patient) plutôt que par l'évolution de la maladie (5, 7, 10, 16). L'incapacité a été définie comme une déficience ou atteinte fonctionnelle temporaire, lorsqu'elle dure moins d'une année, ou permanente, ou un décès. La prise en charge clinique comprend autant les gestes posés par les membres du personnel hospitalier que les processus et le système de soins vus dans une perspective plus large; elle inclut les actes d'omission (ex: défaut de diagnostiquer ou de traiter) et de commission (ex: diagnostic ou traitement inadéquat, performance médiocre).

## **Collecte de données**

La collecte de données a été faite par révision des dossiers sélectionnés et s'est déroulée au service des archives des hôpitaux participants, entre janvier 2003 et janvier 2004. Le processus de révision des dossiers dans l'étude canadienne initiale, qui a été appliqué au Québec, a suivi de près la procédure et les instruments utilisés dans les études britannique et australienne (5, 9). Cependant, pour améliorer l'efficacité et la qualité des données, les grilles de révision de dossiers, conçues à l'origine sous forme papier par les chercheurs australiens (5) et modifiées par les chercheurs britanniques (9), ont été transformées en format électronique par les responsables de l'étude canadienne (16). Ces grilles ont été installées sur des ordinateurs portatifs pour utilisation par les infirmières et les médecins qui ont révisé les dossiers (annexe 1).

Avant le début de la révision des dossiers, le service des archives de chaque hôpital nous a fourni un fichier contenant certaines données (ex: date d'admission et de sortie, diagnostics principal et secondaires, actes médicaux) concernant les hospitalisations "index" sélectionnées et provenant des abrégés de sortie MED-ECHO. Ce fichier a été chargé à l'avance dans les ordinateurs portatifs, de sorte que les données n'avaient pas besoin d'être saisies à nouveau par les réviseurs, à moins d'erreur.

Le processus de révision des dossiers s'est déroulé en deux étapes. À la première étape, des infirmières expérimentées ont examiné chaque hospitalisation sélectionnée pour trouver un ou plusieurs critères de dépistage (tableau 1) pouvant être associés à la présence d'un EI. Ces critères incluent, par exemple, le décès, une réadmission inattendue au même hôpital, une réaction médicamenteuse ou un transfert inattendu du patient des soins généraux vers les soins intensifs. Les infirmières prenaient aussi note de la présence ou absence de comorbidités diagnostiquées avant l'admission index, d'après l'histoire prise à l'admission ou les consultations médicales. À l'étape 2, des médecins expérimentés ont révisé les dossiers qui contenaient au moins un critère de dépistage.

Les médecins réviseurs identifiaient d'abord la présence de toute blessure (préjudice ou complication) inattendue. Toutes les blessures ont été classées en fonction de leur association avec un décès, une incapacité au moment du congé, une prolongation du séjour hospitalier, une réhospitalisation après l'admission index, une procédure sans conséquences ou des visites en clinique externe. Enfin, les médecins déterminaient sur une échelle en six points dans quelle mesure les soins administrés au patient plutôt que l'évolution de sa maladie étaient responsables de la blessure subite par le patient. Les six points de l'échelle de causalité sont : 1 = pratiquement aucune évidence que les soins sont la cause de la blessure; 2 = évidence minime à faible que les soins sont en cause; 3 = peu probable que les soins soient en cause (moins de 50% des chances, mais de justesse); 4 = plus probable que les soins soient en cause (plus de 50% des chances, mais de justesse); 5 = évidence modérée à forte que les soins sont en cause; 6 = pratiquement certain que les soins sont la cause de la blessure. Un EI a



**Tableau 1. Les 18 critères de dépistage utilisés à l'étape 1 de la révision, le nombre et la proportion de dossiers avec critères, le nombre de dossiers avec événement indésirable (EI) et la valeur prédictive positive selon chaque critère**

Critères	Dossiers avec critère		Dossiers avec EI	
	N	%	N	% (VPP) <sup>†</sup>
1. Admission (ou réadmission) imprévue suite à des soins obtenus dans les 12 mois précédant l'hospitalisation de référence	164	7,0	46	28,0
2. Réadmission imprévue après le congé de l'hospitalisation de référence	188	8,0	32	17,0
3. Blessure au patient survenue au cours de l'hospitalisation de référence	107	4,5	31	29,0
4. Réaction médicamenteuse indésirable	89	3,8	32	36,0
5. Transfert imprévu des soins généraux aux soins intensifs	34	1,4	12	35,3
6. Transfert imprévu à un autre hôpital de soins de courte durée	23	1,0	6	26,1
7. Retour imprévu au bloc opératoire	21	0,9	15	71,4
8. Ablation, lésion ou réparation imprévue d'un organe pendant une intervention chirurgicale	20	0,8	12	60,0
9. Autres complications présentées par le patient (IAM, ECV, EP, etc.)	95	4,0	32	33,7
10. Survenue d'un déficit neurologique non présent à l'admission	10	0,4	4	40,0
11. Décès inattendu	30	1,3	10	33,3
12. Congé inapproprié vers le domicile	14	0,6	3	21,4
13. Arrêt cardiaque ou respiratoire	15	0,6	4	26,7
14. Lésion liée à une interruption de grossesse ou à un accouchement	0		0	
15. Infection/septicémie nosocomiale survenue à l'hôpital	46	2,0	18	39,1
16. Insatisfaction du patient à l'égard des soins reçus, documentée dans le dossier médical	14	0,6	3	21,4
17. Documentation ou correspondance indiquant un litige	0		0	
18. Tout autre effet indésirable non couvert ci-dessus	22	0,9	6	27,3
<b>Total</b>	<b>892</b>	<b>37,9</b>		

† Valeur prédictive positive: parmi les dossiers avec un critère, pourcentage ayant un événement indésirable.

été défini comme une blessure (ou préjudice) considérée associée au décès, à l'incapacité au congé, à la prolongation du séjour ou à une réadmission, et qui a reçu un score de causalité d'au moins quatre (c.-à-d. évaluée comme ayant plus de 50% de probabilité d'avoir été provoquée par les soins administrés au patient). Sur la base de leur jugement professionnel, les médecins réviseurs ont aussi estimé le nombre de jours d'hospitalisation additionnels directement attribuables aux EI.

Les médecins ont aussi évalué le caractère évitable de chaque EI en utilisant une échelle en six points : 1 = pratiquement aucune évidence que c'était évitable; 2 = évidence minimale à faible que c'était évitable; 3 = pas vraiment évitable (moins de 50% des chances, mais de justesse); 4 = probablement évitable (plus de 50% des chances, mais de justesse); 5 = évidence forte que c'était évitable; 6 = pratiquement certain que c'était évitable. Les réviseurs étaient encouragés à solliciter l'avis du médecin chef de l'équipe des réviseurs ou de collègues spécialistes dans les cas où ils avaient besoin de connaissances supplémentaires pour estimer si un événement indésirable avait eu lieu et s'il aurait pu être évité.

Des efforts ont été faits pour améliorer la fiabilité modérée qui a été associée par le passé à la révision de dossiers (17). Nous avons mis au point une version informatisée de collecte de données pour s'assurer de la saisie complète des données. Les données étaient régulièrement transférées par téléphone à un ordinateur au centre de coordination de l'étude afin de minimiser la perte de données et les erreurs de transcription. Les réviseurs médecins et infirmières ont reçu une formation rigoureuse en utilisant les mêmes dossiers hospitaliers et un manuel de formation détaillé. La performance des réviseurs a été évaluée dans le cadre de l'étude initiale canadienne en utilisant des mesures de fiabilité inter-réviseurs avant d'entreprendre la collecte de données. Tout au long de la collecte de données et pour les deux étapes du processus de révision, la fiabilité inter-réviseurs a aussi été évaluée sur un échantillon aléatoire de 10% des dossiers. La statistique kappa pour la mesure d'accord inter-réviseurs sur l'échantillon de 10% des dossiers dans l'étude initiale canadienne était bonne pour la révision effectuée par les infirmières (soit 0,70) et modérée pour la révision par les

médecins (entre 0,45 et 0,69) (16, 18). Ces kappas étaient équivalents et parfois supérieurs à ceux obtenus dans d'autres études utilisant une méthodologie similaire (5,7,10).

Le moment de l'EI par rapport à l'hospitalisation index est une question méthodologique importante. Nous avons relevé les EI qui se sont produits pendant l'hospitalisation index et ont été détectés soit pendant celle-ci ou pendant les hospitalisations suivantes sur une période de 12 mois (figure 2). Nous avons aussi compté les EI qui se sont produits au cours des hospitalisations qui ont eu lieu dans les 12 mois précédant l'hospitalisation index, mais qui n'ont été détectés qu'au moment de l'hospitalisation d'index. Seulement les hospitalisations qui ont eu lieu dans les hôpitaux participants ont été évaluées; ceci exclut donc les patients transférés de ou vers d'autres hôpitaux.

**Figure 2. Proportion d'événement indésirables (EI) selon leur moment d'apparition et de détection relativement à l'admission index**

Type d'EI	Proportion des EI	Avant l'admission index	Admission index	Après l'admission index
EI #1	0,73		A → D	
EI #2	0,09	A →	D	
EI #3	0,18		A →	D
EI #4	Non étudié	A → D		
EI #5	Non étudié	A →		D
EI #6	Non étudié			A → D

**A = Apparition de l'événement indésirable; D = Détection de l'événement indésirable.**

## **Analyse de données**

En plus des taux bruts, les estimés provinciaux des EI ont été calculés en pondérant les résultats par le nombre total de dossiers par hôpital et le nombre d'hôpitaux par type (petit, grand, universitaire). Le poids accordé était l'inverse de la probabilité d'être inclus dans l'échantillon compte tenu du plan d'échantillonnage (16). Les intervalles de confiance à 95% ont aussi été pondérés en utilisant SAS v8.0 et Microsoft Excel. Le test de Chi-carré de tendance a été utilisé pour comparer les taux d'EI entre les types d'hôpitaux.

Comme il a été noté plus haut, les infirmières réviseuses ont recueilli des données concernant les comorbidités, incapacités et autres facteurs sociaux, ainsi que l'âge et le sexe des patients. La régression logistique pas à pas rétrograde a été utilisée pour calculer le risque d'EI dans les trois types d'hôpitaux sur la base des facteurs qui étaient significatifs dans le modèle final ( $p < 0,05$ ), ainsi que l'âge et le sexe. Ce modèle a servi à calculer les taux attendus et les intervalles de confiance à 95% pour chaque type d'hôpitaux.

Les données démographiques, incluant la durée de séjour, ont été obtenues de la banque MED-ECHO du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour tous les patients étudiés. MED-ECHO a aussi fourni le nombre d'hospitalisations en 2000-2001 pour des hôpitaux semblables à ceux de notre échantillon.

## **Éthique**

L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. De plus, l'approbation du comité d'éthique de chaque hôpital a été obtenue là où elle était requise par l'établissement.

## RÉSULTATS

Parmi les 2409 hospitalisations échantillonnées dans les hôpitaux participants, 2355 dossiers (98%) étaient éligibles et ont fait l'objet d'une révision complète par les infirmières (figure 1). Parmi ces dossiers, 584 avaient au moins un critère de dépistage (24,8%) et ont été transmis aux médecins réviseurs pour une révision détaillée. Le tableau 1 présente la distribution des critères de dépistage dans ces dossiers et la valeur prédictive positive, c'est-à-dire le pourcentage de dossiers qui comportent un événement indésirable parmi ceux qui ont chaque critère de dépistage.

À l'étape 2 du processus de révision, les médecins ont identifié 377 blessures ou complications dans 292 hospitalisations. Dans 163 (55,8%) de ces dossiers, les blessures ont conduit à un décès, une incapacité au moment du congé, une prolongation du séjour hospitalier ou une réhospitalisation après l'admission index. Utilisant un seuil de 4 ou plus sur l'échelle de causalité en 6 points, au moins un EI a été identifié dans 139 hospitalisations, pour un taux brut de 5,9% (139/2355) (tableau 2). Après pondération pour le plan d'échantillonnage, le taux global d'EI était de 5,6% [IC: 4,5-6,7]. La proportion des EI en fonction du moment de leur apparition et de leur détection relativement à l'admission index est présentée à la figure 2 : 73% des EI sont apparus et ont été détectés au moment de l'admission index.

Les EI ont tendance à se produire moins fréquemment dans les grands hôpitaux que dans les hôpitaux universitaires ou les petits hôpitaux (tableau 2). Les réviseurs ont identifié des EI chez 4,6% [IC: 3,3 – 5,9] des patients dans les grands hôpitaux comparativement à 6,4% [IC: 4,7 – 8,1] des patients dans les hôpitaux universitaires et à 7,3% [IC: 4,3 – 10,3] dans les petits hôpitaux. Le test de Chi-carré de tendance, vérifiant les différences entre les trois types d'hôpitaux était significatif ( $p < 0.01$ ). L'ajustement pour les comorbidités (dialyse rénale et obésité), l'âge et le sexe n'a pas vraiment modifié les taux d'EI. Le taux ajusté d'EI pour les hôpitaux universitaires et les petits hôpitaux était significativement supérieur à celui des grands hôpitaux (tableau 2).

**Tableau 2. Taux d'événements indésirables (EI) par type d'hôpital**

Variable	Type d'hôpital			Total
	Petit	Grand	Universitaire	
N hôpitaux à l'étude	2	10	8	20
N dossiers révisés	286	1132	937	2355
N dossiers avec EI <sup>1</sup>	21	50	68	139
Taux brut d'EI (%)	7,5	4,4	7,3	5,9
Taux pondéré d'EI (%) <sup>2</sup>	7,3	4,6	6,4	5,6
IC 95% Taux pondéré d'EI	4,3 – 10,3	3,3 – 5,9	4,7 – 8,1	4,5 – 6,7
Taux ajusté d'EI (%) <sup>3</sup>	6,7	4,1	6,8	
IC 95% taux ajusté d'EI <sup>3</sup>	4,2 – 10,5	2,9 – 5,7	5,1 – 9,1	
N EI évitables <sup>4</sup>	10	18	15	43
Taux brut d'EI évitables (%)	3,5	1,6	1,6	1,8
Taux pondéré d'EI évitables (%) <sup>2</sup>	3,3	1,7	1,4	1,5
IC 95% taux pondéré d'EI évitables <sup>2</sup>	1,2 - 5,4	0,9 - 2,5	0,6 - 2,2	1,0 - 2,1

1. Le test de Chi-carré de tendance pour les EI par type d'hôpital, 2 dl = 8,67, p = 0,01
2. Les estimés ponctuels et les intervalles de confiance ont été pondérés pour tenir compte du nombre total de dossiers par hôpital et le nombre d'hôpitaux par type.
3. Le modèle ajusté a été développé à l'aide de la régression logistique pas à pas rétrograde. Les taux sont ceux qui seraient attendus pour une femme de 65 ans sans dialyse rénale ni obésité.
4. Le test de Chi-carré de tendance pour les EI évitables par type d'hôpital, 2 dl = 5,04, p = 0,08

Parmi les 139 patients qui ont vécu des EI, 43 (30,9%) sont considérés comme ayant eu un EI hautement évitable (c.-à-d. avec un score de 4 ou plus sur l'échelle en 6 points). Chez 13 des 139 patients (9,4%), le caractère évitable de l'EI a été jugé comme "pratiquement certain" (un score de 6 sur l'échelle en 6 points). L'annexe 2 fournit une brève description clinique des EI vécus par les 139 patients; les EI sont classés selon leur caractère évitable maximal. En pondérant pour le plan d'échantillonnage, nous avons calculé que les EI étaient évitables chez 26,8% [IC: 22,2-31,3] des patients ayant eu un EI. Le décès s'est produit chez 10% [IC: 8,4-12,5] des patients avec des EI et 35,7% des EI qui mènent au décès sont considérés comme hautement évitables (5/14). Le taux pondéré d'EI évitables pour l'ensemble des hôpitaux était de 1,5% [IC: 1,0 - 2,1]; il était semblable pour les trois types d'hôpitaux (le test de Chi-carré de tendance n'est pas significatif, p = 0,08), allant de 1,4% des hospitalisations dans les hôpitaux universitaires à 3,3% dans les petits hôpitaux.

Le tableau 3 présente la distribution des patients ayant eu des EI en fonction de leur état au congé. On note que 67,6% des EI n'ont eu pour conséquence aucune déficience ou incapacité physique ou seulement une déficience minime ou modéré avec rétablissement dans les 6 mois. Cependant, 3,6% des EI conduisent à une incapacité permanente et 14 patients sont décédés. En pondérant pour la distribution des hospitalisations dans les hôpitaux universitaires, les grands et petits hôpitaux de notre échantillon, nous estimons que 0,56% des personnes hospitalisées dans les hôpitaux québécois au cours de l'année financière 2000-2001 sont décédées d'un EI [IC: 0,55-0,56]. Enfin, le taux de décès liés à des EI évitables était de 0,155% [IC: 0,154-0,156].

Les patients ayant eu un EI ont une durée de séjour hospitalier plus long que ceux qui n'en ont pas eu (tableau 4). Dans les hôpitaux universitaires, les patients ayant subi des EI ont une durée médiane de séjour de 11 jours contre 4 jours pour ceux n'ayant pas d'EI. Dans les petits et les grands hôpitaux, la durée médiane de séjour est, respectivement, 2 et 3 jours plus longue pour ceux qui ont eu un EI comparativement à ceux qui n'en ont pas eu. Sur la base de leur jugement professionnel, les médecins réviseurs ont estimé que les 139 patients avec des EI ont nécessité 1083 jours d'hospitalisation additionnels directement liés à leurs EI.

Le service hospitalier le plus responsable des soins au moment de l'EI était le service de chirurgie dans 51,6% des cas, le service de médecine dans 45,3% des cas, mais également d'autres services tels que les services dentaires, la physiothérapie ou la pharmacie dans 3,1% des cas (tableau 5). Les types d'EI les plus fréquents ont été reliés aux interventions chirurgicales (32,7%) et à l'utilisation de médicaments et de solutés (19,5%). En chirurgie, les EI résultant d'une erreur d'omission (absence d'une procédure diagnostique ou d'un traitement) étaient plus fréquents (64,5%) que les EI résultant d'une erreur d'exécution (35,5%). En médecine, l'écart entre ces deux types d'erreurs était un peu moins grand (59,5% versus 40,5% respectivement).

**Tableau 3. Degré de déficience ou d'incapacité physique<sup>1</sup> au congé lié aux événements indésirables, par type d'hôpital**

	Type d'hôpital			Total
	Petit	Grand	Universitaire	
Degré de déficience ou d'incapacité physique	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pas de déficience ou d'incapacité physique	8 (38,1)	17 (34,0)	29 (42,7)	54 (38,8)
Déficience minimale et/ou rétablissement en moins d'un mois	2 (9,5)	9 (18,0)	11 (16,2)	22 (15,8)
Déficience modérée, rétablissement en 1 à 6 mois	2 (9,5)	6 (12,0)	10 (14,7)	18 (13,0)
Déficience modérée, rétablissement en 6 mois à 1 an	1 (4,8)	1 (2,0)	0 (0,0)	2 (1,4)
Déficience permanente, incapacité 1-50%	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,9)	2 (1,4)
Déficience permanente, incapacité >50%	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (2,9)	3 (2,2)
Décès	0 (0,0)	9 (18,0)	5 (7,3)	14 (10,1)
Incapable de déterminer	3 (14,3)	5 (10,0)	1 (1,5)	9 (6,5)
Manquant	4 (19,0)	3 (6,0)	8 (11,8)	15 (10,8)
<b>Total</b>	<b>21 (15,1)</b>	<b>50 (36,0)</b>	<b>68 (48,9)</b>	<b>139 (100)</b>

1. Les médecins réviseurs devaient déterminer, selon les informations présentes au dossier et leur jugement professionnel, le degré de déficience ou d'incapacité physique attribuable à l'événement indésirable au-delà de l'incapacité du patient due à sa condition de santé au jour du congé. Une incapacité durant plus d'un an était considérée comme permanente. L'attribution d'un degré d'incapacité (plus ou moins grand que 50%) devait prendre en considération le potentiel du patient en regard du travail et des activités de la vie quotidienne.



**Tableau 4. Relation entre les événements indésirables et la durée de séjour par type d'hôpital**

Variable	Type d'hôpital					
	Petit		Grand		Universitaire	
	Patients sans EI N=265	Patients avec EI N=21	Patients sans EI N=1082	Patients avec EI N=50	Patients sans EI N=869	Patients avec EI N=68
Durée de séjour						
Moyenne (é.t.) <sup>1</sup>	8,6 (11,7)	10,6 (12,5)	7,8 (10,3)	13,7 (17,9)	7,0 (8,4)	16,0 (22,7)
Médiane (é.iq.) <sup>2</sup>	5 (7)	7 (6)	5 (7)	8 (11)	4 (7)	11 (12)
Jours additionnels d'hospitalisation dus à un EI <sup>3</sup>						
Nombre total		181		322		580
Moyenne par patient		8,6		6,4		8,5

1. é.t. = écart-type

2. é.iq. = écart interquartiles

3. Les médecins réviseurs devaient estimer, selon leur jugement professionnel, le nombre de jours additionnels d'hospitalisation directement reliés aux EI.

**Tableau 5. Procédures ou événements reliés aux EI selon le service le plus responsable des soins lors de l'EI**

Type de procédures ou d'événements <sup>1</sup>	Service le plus responsable				%
	Médecine	Chirurgie	Autre	Total	
Chirurgie	0	52	0	52	32,7
Médicament/Soluté	26	4	1	31	19,5
Médicale	19	3	1	23	14,5
Diagnostic	10	10	0	20	12,6
Autre type de soins <sup>2</sup>	7	5	0	12	7,5
Autre <sup>3</sup>	5	0	2	7	4,4
Événement relié au système de soins <sup>4</sup>	4	2	1	7	4,4
Fracture	1	4	0	5	3,1
Anesthésie	0	2	0	2	1,3
Total (n)	72	82	5	159	
Total (%)	45,3	51,6	3,1		100,0

1. Les réviseurs pouvaient attribuer les événements à plus d'un type.

2. Les autres types de soins incluent : dentisterie, chirurgie buccale, soins infirmiers, pharmacie, physiothérapie, etc.

3. EI non inclus dans les autres catégories (ex: brûlures, chutes)

4. Les événements reliés au système de soins incluent des EI qui ne peuvent pas être attribués à un individu ou une source spécifique (ex: communication, notation, manque d'équipement.)

L'âge moyen des patients ayant vécu un EI était de 62,8 ans (é. t. = 16,2) comparativement à 61,9 ans (é. t. = 18,0) pour ceux qui n'ont pas eu d'EI ( $p=0,55$ ). Il n'y avait pas de différence entre les patients féminins et masculins quant à leur risque d'EI.

## **DISCUSSION**

Sur la base d'une révision systématique de dossiers par des médecins experts, cette étude a montré que 5,6% des patients admis dans des hôpitaux du Québec en 2000-2001 ont subi des EI. Dans 26,8% des cas, l'EI était évitable. En extrapolant, ces résultats suggèrent qu'environ 24187 (entre 19436 et 28938) des 431908 hospitalisations semblables à celles étudiées ici et qui ont eu lieu au Québec en 2000-2001 ont pu être associées à des EI et environ 6479 (entre 4319 et 9070) étaient évitables. De plus, le nombre de décès évitables se situerait à environ 670 (entre 667 et 674).

On a aussi observé que les EI avaient tendance à être plus fréquents dans les petits hôpitaux et les hôpitaux universitaires, comparativement aux grands hôpitaux. Sans avoir été étudiés directement dans la présente étude, différents facteurs peuvent expliquer ces deux résultats. Tout d'abord, dans le cas des petits hôpitaux, le taux n'est basé que sur l'analyse de deux établissements. Cependant, il est possible que les petits hôpitaux ne disposent pas de toute l'expertise professionnelle ou des ressources des plus grands hôpitaux pour composer avec la complexité ou la variété des patients à traiter. En conséquence, leur qualité de soins est peut-être inférieure. Le taux plus élevé d'EI évitables dans les petits hôpitaux appuie cette hypothèse. Dans le cas des hôpitaux universitaires, plusieurs facteurs peuvent être à la source de leur taux supérieur d'EI. Premièrement, étant des centres de référence, leurs patients sont peut-être plus malades et notre modèle d'ajustement ne contrôle pas parfaitement pour le profil de clientèle des différents types d'hôpitaux. Deuxièmement, la complexité des services offerts dans les établissements universitaires fait que les patients peuvent être traités par différents dispensateurs, ce qui peut accroître le risque d'EI relié à des problèmes de communication ou de coordination des soins. Troisièmement, la présence

de résidents en formation médicale peut entraîner deux phénomènes dans les hôpitaux d'enseignement : une moins bonne qualité de soins, soit par manque de compétence ou fatigue, lorsque ce sont les résidents qui dispensent ces soins, mais une meilleure documentation dans les dossiers, incluant une déclaration plus complète des problèmes de qualité. Enfin, la qualité générale est peut-être inférieure dans les hôpitaux universitaires. Cependant, le fait que le taux d'EI évitables soit comparable entre ces établissements et les grands hôpitaux suggère que la qualité générale des soins n'est pas en cause.

Le taux d'EI au Québec est comparable à celui mesuré à l'échelle canadienne (7,5%) par Baker et ses collaborateurs (16). Pourtant, au contraire de l'étude canadienne, la définition d'un EI utilisée ici inclut les cas de réadmission après l'hospitalisation index. En adoptant la définition canadienne, plus restrictive, le taux québécois d'EI passerait de 5,6% à 4%. Au contraire, si la définition québécoise d'un EI était appliquée à l'échelle canadienne, le taux d'EI serait vraisemblablement plus élevé que 7,5%.

Le taux d'EI de la présente étude est supérieur à celui observé aux États-Unis (4, 7), mais inférieur à celui mesuré dans quelques grandes études réalisées ailleurs (5, 8-9). Outre les différences qui peuvent exister entre ces systèmes de santé et celui du Québec, ces résultats peuvent aussi s'expliquer par des approches méthodologiques différentes concernant le moment et le lieu d'apparition et de détection des EI. Dans la présente étude, les hospitalisations antérieures et postérieures à l'admission index, mais qui se sont produites dans le même hôpital, ont été considérées. Par opposition, l'étude australienne (5) a mesuré les EI liés à toute hospitalisation précédente (peu importe l'hôpital), aussi bien que ceux survenus au cours de l'hospitalisation index mais qui ont été découverts dans n'importe quelle hospitalisation subséquente (peu importe l'hôpital). Cette approche a probablement eu pour effet de détecter un plus grand nombre d'EI. Quant à elle, l'étude d'Utah/Colorado (7) n'a relevé que les EI qui se sont produits et ont été découverts pendant l'hospitalisation index (19), ce qui réduit sans doute le nombre d'EI. L'emphasis mise sur la détection de cas de négligence dans les

études réalisées aux États-Unis peut aussi expliquer le plus faible taux d'EI dans ces dernières études (4, 7).

La présente étude comporte un certain nombre de limites. Premièrement, les taux d'EI dans les très petits hôpitaux (moins de 1500 admissions par année) et les établissements en régions éloignées (plus de 260 Km de Montréal) n'ont pas été mesurés. Cependant, les hôpitaux dans un rayon de 260 Km de Montréal, qui ont servi de base d'échantillonnage à la présente étude, représentent 86% de toutes les hospitalisations réalisées au Québec dans des établissements qui admettent plus de 1500 patients par année. Deuxièmement, l'étude n'a porté que sur des patients adultes admis dans des hôpitaux de soins de courte durée et excluant les cas obstétricaux et psychiatriques. Troisièmement, les patients qui ont reçu des soins dans d'autres types d'établissements ou en ambulatoire ainsi que ceux dont les EI n'ont pas entraîné d'hospitalisation n'ont pas été étudiés. Avec la réduction constante des admissions et des séjours hospitaliers, la proportion de patients soignés hors les murs des hôpitaux va s'accroître.

Cette étude établit un niveau de base des EI dans les hôpitaux du Québec. Des études futures permettront de mesurer les progrès accomplis en termes de sécurité des patients par rapport à ce niveau de base. Mais dès maintenant des efforts additionnels sont requis à différents niveaux. Tout d'abord, il serait souhaitable de mieux documenter la nature des EI et comprendre les facteurs qui y sont associés. Selon la distribution des EI dans la présente étude, il semble que les problèmes reliés aux soins chirurgicaux et à l'utilisation des médicaments devraient faire l'objet d'une attention particulière, si on veut augmenter la sécurité des patients dans les hôpitaux du Québec. Il serait important aussi de documenter les EI dans d'autres contextes de soins que les hospitalisations de courte durée physique (ex : soins ambulatoires dans le réseau public ou en clinique privée, soins de longue durée, soins psychiatriques, centres de réadaptation).

## CONCLUSION

Les hôpitaux du Québec offrent des soins qui sont bénéfiques pour l'immense majorité des patients. Cependant, pour une minorité d'entre eux, mais dont le nombre est quand même considérable (5,6% des hospitalisations sont associés à des EI), ces soins sont néfastes. Des efforts concertés devraient être faits par les autorités sanitaires, les gestionnaires d'établissements et les dispensateurs de soins afin de mettre en place des mesures permettant de réduire les EI et d'améliorer la sécurité des patients. Plutôt que de tenter d'identifier des coupables et de les blâmer pour leurs "erreurs", il semble que la sécurité des patients sera mieux servie si on utilise des approches de "système". En particulier, il est recommandé de modifier les milieux de travail professionnel et de créer de meilleures défenses institutionnelles pour éviter les EI et réduire leurs effets néfastes (20-22). Au-delà des améliorations qui devraient être apportées par l'utilisation des technologies et de meilleurs mécanismes de communication et de coordination entre les professionnels de la santé, il faut surtout un changement de mentalité vers la transparence et un engagement ferme à l'égard de la sécurité des patients à tous les niveaux du système de santé. La loi 113, adoptée au Québec en 2002, invite tous les intervenants concernés à effectuer ce virage, en divulguant les EI aux patients et en prenant les mesures pour prévenir les problèmes à l'avenir (3). Sa mise en application ne sera pas nécessairement facile, mais si elle est réussie, les bénéfices pour les patients pourraient être considérables.

## RÉFÉRENCES

- 1- Millar, J. System performance is the real problem. *Healthcare Papers* 2001; 2(1): 79-84.
- 2- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La gestion des risques, une priorité pour le réseau – Rapport du comité ministériel*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
- 3- Projet de Loi 113, *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, 2<sup>ème</sup> session, 36<sup>ème</sup> Législature Québec, 2002.
- 4 - Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine* 1991; 324(6): 370-377.
- 5- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australia health care study. *The Medical Journal of Australia* 1995; 163(6) (November): 458- 476.
- 6 - Leape L, Brennan T, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine* 1991; 324(6): 377-384.
- 7 - Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care* 2000; 38(3): 261-271.
- 8- Davis P, Prof., Lay-Yee R, Briant R, Dr., et al. (Health Research Council of New Zealand). *Adverse Events in New Zealand Public Hospitals: Principal Findings From a National Survey*. 2001, December.
- 9- Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322(7285): 517-519.
- 10 - Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *New Zealand Medical Journal* 2002; 115(1167): U271.
- 11- Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context.[see comment]. *New Zealand Medical Journal* 2003; 116(1183): U624.

- 12- Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskrift for Laeger* 2001; 163(39): 5370-5378.
- 13- Hunter D, Bains N. Rates of adverse events among hospital admissions and day surgeries in Ontario from 1992 to 1997. *Canadian Medical Association Journal* 1999; 160(1): 1585-1586.
- 14- Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170(3): 345-349.
- 15- Wanzel KR, Jamieson CG, Bohnen JM. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. *Canadian Journal of Surgery* 2000; 43(2): 113-117.
- 16- Baker GR et al. The Canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170(11): 1678-1686.
- 17 - Localio AR, Weaver SL, Landis JR, et al. Identifying adverse events caused by medical care: degree of physician agreement in a retrospective chart review. *Annals of Internal Medicine* 1996; 125(6): 457-464.
- 18- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1):159-174.
- 19- Thomas EJ, Studdert DM, Runciman WB, et al. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, casemix, population, patient and hospital characteristics. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12(5): 371-378.
- 20- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000; 320(7237): 768-70.
- 21- Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the unexpected : assuring high performance in an age of complexity* San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001.
- 22- Leape, L. L. (1997). "A systems analysis approach to medical error." *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 3(3): 213-22.

## REMERCIEMENTS

Madame Daphney St-Germain, madame Ghislaine Tré et docteur Richard Clermont ont été responsables de la formation des réviseurs médecins et infirmières (DS, RC), du recrutement des hôpitaux participants (DS, GT), de l'obtention de l'approbation des comités locaux d'éthique (DS, GT), des équipes de réviseurs médecins (RC) et infirmières (DS, GT) et de la coordination générale de l'étude au Québec (DS, GT). Nous leur exprimons notre profonde gratitude pour l'excellence de leur travail.

Nous remercions sincèrement les personnes suivantes pour leur professionnalisme dans la collecte des données :

1. Les réviseurs infirmières: Lorraine Blais, Evelyne Jean, Chantal Langevin, Cécile Lavoie, Julie Robindaine, Daphney St-Germain
2. Les réviseurs médecins: Dr. Edouard Bastien, Dr. Richard Clermont, Dr. André Rioux

Nous tenons également à remercier, pour leur excellente collaboration, les 20 centres hospitaliers du Québec qui ont participé à cette étude et leurs services des archives qui nous ont donné accès aux dossiers médicaux sélectionnés.

Cette étude a été financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



## **ANNEXE 1**

### **GRILLES DE RÉVISION DES DOSSIERS\***

1. Nurse review form: Grille des infirmières (Étape 1 du processus de révision )
2. Physician review form: Grille des médecins (Étape 2 du processus de révision)

\* Ces grilles ont été développées dans le cadre de l'étude canadienne menée par Baker et al (16) et utilisées dans la présente étude québécoise. Il s'agit d'une adaptation des grilles conçues en Australie (5) et modifiées en Angleterre (9). Les champs dans les grilles qui suivent contiennent les noms des variables étudiées.



<b>Study Inclusion</b>	<b>Province</b> <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> QC <input type="checkbox"/> NS	<b>Reviewer ID:</b> <i>populate from Main Menu</i>
<b>Hospital #</b> <i>populate from Main Menu</i>	<b>Medical Record Number</b> (compare to CIHI list)	<b>Re-enter MRN</b>

<b>Patient Demographics</b>			
<b>Age:</b> <i>populate from CIHI</i> <b>DEMOG1</b>	<b>DOB:</b> <b>DEMOG2</b>	<b>Gender:</b> M F <i>populate from CIHI</i> <b>DEMOG3</b>	<b>Postal Code:</b> <b>DEMOG4</b>

<b>Admission</b>		
<b>Date of Admission to Hospital:</b> <b>ADM1</b>	<b>Date of Discharge from Hospital:</b> <b>ADM2</b>	<b>Admission Status:</b> <b>ADM3</b>

<b>Status of Medical Record</b>		
<b>Medical Records - Emergency Department:</b> <b>SMR1</b>	<b>If “Applies:</b> <b>1.Emergency Admission: SMR2</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR2Y</b>
	<b>2.Emerg Nurses/Progress Notes:</b> <b>SMR3</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR3Y</b>
<b>Medical Records - Hospital Stay:</b>	<b>If “Applies:</b> <b>3. Demographic/ Coding:</b> <b>SMR4</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR4Y</b>
<b>4.Discharge Summary:</b> <b>SMR5</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR5Y</b>	<b>5.Admission History and Physical:</b> <b>SMR6</b>
<b>6.Medical/ Multidisciplinary Progress Notes :</b> <b>SMR7</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR7Y</b>	<b>7.Doctors orders:</b> <b>SMR8</b>
<b>8.Nurses Admission History:</b> <b>SMR9</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR9Y</b>	<b>9.Nurses Notes:</b> <b>SMR10</b>
<b>10. Social Work Assessment:</b> <b>SMR11</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR11Y</b>	<b>11.Medications:</b> <b>SMR12</b>
<b>12.Procedure Reports (eg. OR):</b> <b>SMR13</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR13Y</b>	<b>13.Laboratory/Pathology Reports:</b> <b>SMR14</b>
<b>14.Diagnostic Radiology:</b> <b>SMR15</b>	<b>If ‘Yes’ – Documentation Adequate: SMR15Y</b>	<b>Details of Documentation Deficiencies(Specify):SMR16</b>

<b>Brief Clinical Summary</b>				
<b>Admission Diagnosis:</b> <b>BCS1</b>		<b>Discharge Diagnosis:</b> <b>BCS2</b>		<b>Primary Diagnostic Codes:</b> <b>BCS3</b>
<b>Procedure Performed:</b> <b>BCS4</b>	<b>If ‘Yes’ – Date:</b> <b>BCS5</b>	<b>If ‘Yes’ – Type of Proc:</b> <b>BCS6</b>	<b>Complications of Care:</b> <b>BCS7</b>	<b>If ‘Yes’ – Describe Complication :</b> <b>BCS8</b>
<b>Discharge Status:</b> <b>BCS9</b>		<b>If ‘Alive’- New Disability?</b> <b>BCS10</b>		<b>If ‘Yes’ – Severity:</b> <b>BCS11</b>
<b>If ‘Alive’- Discharge to:</b> <b>BCS12</b>	<input type="checkbox"/> Acute Care	<input type="checkbox"/> CC Care	<input type="checkbox"/> Home Care	<input type="checkbox"/> Home w/o Care
	<input type="checkbox"/> I/P Rehab	<input type="checkbox"/> L-T Care	<input type="checkbox"/> Subacute Care	<input type="checkbox"/> Home w/ Outpatient Rehab Care
			<input type="checkbox"/> Palliative Care	
<b>Comments:</b> <b>BCS13</b>				

<b>Co-morbidity (select all that apply)</b>			
<b>Cardiac and Vascular Disease</b>	Angina: CMB1	CAD: CMB2	Cardiomyopathy: CMB3
CHF CMB4	Deep Vein Thrombosis CMB5	Hypertension CMB6	
Previous Myocardial Infarction. CMB7	Peripheral Vascular Dis. CMB8	Valvular Heart Disease CMB9	
Other Cardiac/Vascular disorder CMB10			
<b>Respiratory</b>	Asthma CMB11	COPD (severe): CMB12	Other Resp disorder CMB13 (specify) CMB13A
<b>Gastro-intestinal</b>	Liver Disease: CMB14	If 'Yes' Severity: CMB15	Cirrhosis CMB16
Peptic Ulcer Dis.: CMB17	Other GI or Liver disorder : CMB18 (specify) CMB18A		
<b>Endocrine</b>	Diabetes (any type): CMB19	If 'Yes' End Organ Damage: CMB20	Dyslipidemia: CMB21
	Other Endocrine disorder CMB22 (specify) : CMB22A		
<b>Neurological</b>	Acute Confusional State: CMB23	Dementia CMB24	Parkinson's CMB25
Stroke / TIA CMB26	Other Cerebrovascular / Neuro disorder : CMB27 (specify) CMB27A		
<b>Renal</b>	Renal Failure: CMB28	Renal Dialysis: CMB29	Other Renal disorder CMB30 (specify) CMB30A
<b>Hematologic</b>	Chronic Anemia: CMB31	Other Hematological Disease: CMB32 (specify) CMB32A	
<b>Cancer</b>	Metastatic CMB33	Leukemia CMB34	Lymphoma: CMB35
	Non- Metastatic : CMB36	Other Cancer: CMB37 (specify) CMB37A	
<b>Bone/Joint Disorders</b>	Connective Tissue Disease: CMB38	Osteo/Rheumatoid Arthritis: CMB41	Other Bone/Joint disorders : CMB40 (specify) CMB40A
<b>Disability</b>	Blind: CMB39	Deaf: CMB42	Hemiplegia: CMB43
Wheelchair bound: CMB44	Other Disability : CMB45 (specify) CMB45A		
<b>Psychiatric</b>	Depression: CMB46	Schizophrenia: CMB47	Other Psychiatric disorders CMB48 (specify) CMB48A
<b>Psychosocial</b>	Alcoholism: CMB49	Smoke Ever?: CMB50	If 'Yes' - Current: CMB51
Drug Abuse: CMB52	Homeless: CMB53	Other Psychosocial Problem : CMB54 (specify) CMB54A	
<b>Infection</b>	HIV/AIDS: CMB55	Other Infection : CMB56 (specify) CMB56A	
<b>Trauma</b>	Multiple Traumas: CMB57	Other Traumas : CMB58 (specify) CMB58A	
<b>Nutritional Status</b>	Cachetic: CMB59	Obese: CMB60	Other Nutritional problem : CMB61 (specify) CMB61A
<b>Other Co-morbidity</b>	CMB62 Specify CMB62A		

**Other**

Was patient receiving limited care as defined by DNR status? DNR1	Was patient involved in an experimental protocol?: EXP1
---	---

Triggers for Potential Adverse Events	
<p><b>1. Unplanned admission (including readmission) as a result of any health care management within the 12 months prior to the index admission:</b> <span style="float: right;">NT1_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT1_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT1_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT1_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT1_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT1_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT1_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT1_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT1_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT1_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT1_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT1_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT1_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT1_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Date of Onset of Readmission Symptoms: <b>NT1_3</b>                      Date of Previous Admission: <b>NT1_4</b>                      Previous Admission - Discharge Diagnosis: <b>NT1_5</b>                      Previous Admission - Treatment/Procedure: <b>NT1_6</b>                      Reason for Readmission: <b>NT1_7</b>                      Other Clinical Details: <b>NT1_8</b></p>
<p><b>2. Unplanned admission to any hospital within the 12 months after discharge from index admission:</b> <span style="float: right;">NT2_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT2_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT2_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT2_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT2_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT2_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT2_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT2_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT2_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT2_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT2_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT2_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT2_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT2_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Discharge Diagnosis for Index Admission: <b>NT2_3</b>                      Date of Readmission: <b>NT2_4</b>                      Reason for Readmission: <b>NT2_5</b>                      Outcome/Discharge Diagnosis from Readmission: <b>NT2_6</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT2_7</b></p>
<p><b>3. Hospital-incurred patient injury (including any harm, injury or trauma occurring during the index hospital stay):</b> <span style="float: right;">NT3_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT3_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT3_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT3_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT3_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT3_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT3_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT3_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT3_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT3_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT3_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT3_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT3_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT3_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Date of Harm, Injury or Trauma: <b>NT3_3</b>                      Description of Harm, Injury or Trauma: <b>NT3_4</b>                      Treatment of Harm, Injury or Trauma: <b>NT3_5</b>                      Outcome of Harm, Injury or Trauma: <b>NT3_6</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT3_7</b></p>
<p><b>4. Adverse drug reaction:</b> <span style="float: right;">NT4_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT4_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT4_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT4_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT4_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT4_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT4_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT4_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT4_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT4_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT4_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT4_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT4_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT4_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Drug Given: <b>NT4_3</b> <input type="checkbox"/> Before Index Hosp. <input type="checkbox"/> During Index Hosp.                      Date of Drug Reaction: <b>NT4_4</b>                      Description of Drug Reaction: <b>NT4_5</b>                      Treatment of Drug Reaction: <b>NT4_6</b>                      Outcome of Drug Reaction: <b>NT4_7</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT4_8</b></p>
<p><b>5. Unplanned transfer from general care to intensive care:</b> <span style="float: right;">NT5_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT5_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT5_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT5_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT5_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT5_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT5_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT5_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT5_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT5_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT5_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT5_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT5_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT5_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Date of Transfer: <b>NT5_3</b>                      Reason for Transfer: <b>NT5_4</b>                      Management immediately prior to transfer: <b>NT5_5</b>                      Outcome of ICU care: <b>NT5_6</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT5_7</b></p>
<p><b>6. Unplanned transfer to another acute care hospital (excluding transfers for tests, procedures, or specialized care not available at referring hospital):</b> <span style="float: right;">NT6_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT6_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT6_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT6_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT6_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT6_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT6_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT6_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT6_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT6_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT6_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT6_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT6_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT6_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Discharge Diagnosis from Referring Hospital: <b>NT6_3</b>                      Date of Transfer: <b>NT6_4</b>                      Reason for Transfer: <b>NT6_5</b>                      Index hospital received or transferred pt.: <b>NT6_6</b> <input type="checkbox"/> Receive <input type="checkbox"/> Trans                      Name of Other Hospital: <b>NT6_7</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT6_8</b></p>
<p><b>7. Unplanned return to the operating room:</b> <span style="float: right;">NT7_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p> <p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT7_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT7_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT7_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT7_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT7_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT7_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT7_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT7_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT7_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT7_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT7_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT7_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT7_2M</b></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Date of Initial Surgery: <b>NT7_3</b>                      Date of return to OR: <b>NT7_4</b>                      Reason for and cause of return to OR: <b>NT7_5</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT7_6</b></p>
<p><b>8. Unplanned removal, injury or repair of organ or structure during surgery, invasive procedure or vaginal delivery:</b> <span style="float: right;">NT8_1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</span></p>	<p><i>If 'Yes' –</i>                      Date of Procedure: <b>NT8_3</b></p>

<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT8_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT8_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT8_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT8_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT8_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT8_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT8_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT8_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT8_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT8_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT8_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT8_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT8_2M</b></p>	<p><b>Name of Procedure performed:</b> <b>NT8_4</b>  <b>Nature of Injury:</b> <b>NT8_5</b>  <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT8_6</b></p>
<p><b>9. Other patient complications e.g. AMI, CVA, PE etc.</b> (includes any unexpected complication occurring during the index admission that is NOT a natural progression of the patient's disease or an expected outcome of treatment:  <b>NT9_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Date of Complication:</b> <b>NT9_3</b>  <b>Nature of Complication:</b> <b>NT9_4</b>  <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT9_5</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT9_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT9_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT9_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT9_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT9_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT9_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT9_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT9_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT9_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT9_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT9_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT9_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT9_2M</b></p>	

<p>10. <b>Development of neurological deficit not present on admission but present at the time of discharge from the Index hospital Stay</b> (includes neurological deficits related to procedures, treatments or investigations): <b>NT10_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Date New Deficit First Noted: NT10_3</b>  <b>Nature of Impairment: NT10_4</b>  <b>Consequence of impairment in terms of Care: NT10_5</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT10_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT10_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT10_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT10_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT10_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT10_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT10_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT10_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT10_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT10_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT10_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT10_2L</b>  <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT10_2M</b></p>	<p><b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT10_6</b></p>
<p>11. <b>Unexpected Death:</b> <b>NT11_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Date of Death: NT11_3</b>  <b>Describe Circumstances related to Death: NT11_4</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT11_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT11_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT11_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT11_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT11_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT11_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT11_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT11_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT11_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT11_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT11_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT11_2L</b>  <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT11_2M</b></p>	<p><b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT11_5</b></p>
<p>12. <b>Inappropriate discharge to home/ inadequate discharge plan for Index Admission</b> (excluding "against medical advice"): <b>NT12_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Preferred Date of Discharge (if available): NT12_3</b>  <b>Describe Circumstances related to inappropriate discharge: NT12_4</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT12_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT12_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT12_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT12_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT12_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT12_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT12_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT12_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT12_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT12_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT12_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT12_2L</b>  <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT12_2M</b></p>	<p><b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT12_5</b></p>
<p>13. <b>Cardiac/respiratory arrest</b> (successful): <b>NT13_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Date of Arrest: NT13_3</b>  <b>Outcome of Arrest: NT13_4</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT13_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT13_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT13_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT13_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT13_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT13_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT13_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT13_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT13_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT13_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT13_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT13_2L</b>  <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT13_2M</b></p>	<p><b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT13_5</b></p>
<p>14. <b>Injury related to abortion or labour and delivery:</b> <b>NT14_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes'</i>  <b>Date of Injury: NT14_3</b>  <b>Nature of Injury: NT14_4</b>  <b>Outcome of Injury: NT14_5</b>  <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT14_6</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT14_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT14_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT14_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT14_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT14_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT14_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT14_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT14_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT14_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT14_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT14_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT14_2L</b>  <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT14_2M</b></p>	<p><b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT14_6</b></p>
<p>15. <b>Hospital-acquired infection/sepsis</b> (excluding infections/sepsis occurring less than 72 hours after admission): <b>NT15_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Date of Infection: NT15_3</b>  <b>Nature/Cause of Infection: NT15_4</b>  <b>Treatment of infection: NT15_5</b>  <b>Outcome of Infection: NT15_6</b>  <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT15_7</b></p>
<p><b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT15_2A</b>  <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT15_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT15_2C</b>  <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT15_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT15_2E</b>  <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT15_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT15_2G</b>  <input type="checkbox"/> Medication <b>NT15_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT15_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT15_2J</b>  <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT15_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT15_2L</b>  <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT15_2M</b></p>	<p><b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT15_7</b></p>
<p>16. <b>Dissatisfaction with care documented in the medical record and/or evidence of complaint lodged</b> (including documented complaint, conflict between patient/family and staff, discharged against medical advice): <b>NT16_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><i>If 'Yes' –</i>  <b>Date dissatisfaction first expressed: NT16_3</b>  <b>Declared By:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Relative: <b>NT16_4</b></p>

<b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT16_2A</b> <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT16_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT16_2C</b> <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT16_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT16_2E</b> <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT16_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT16_2G</b> <input type="checkbox"/> Medication <b>NT16_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT16_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT16_2J</b> <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT16_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT16_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT16_2M</b>	<b>Nature/Cause of Dissatisfaction: NT16_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT16_6</b>
<b>17. Documentation or correspondence indicating litigation, either contemplated or actual:</b> <b>NT17_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>If 'Yes' –</b> <b>Date of Documentation (contemplated/actual): NT17_3</b> <b>Nature of correspondence: NT17_4</b> <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT17_5</b>
<b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT17_2A</b> <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT17_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT17_2C</b> <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT17_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT17_2E</b> <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT17_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT17_2G</b> <input type="checkbox"/> Medication <b>NT17_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT17_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT17_2J</b> <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT17_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT17_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT17_2M</b>	<b>If 'Yes' –</b> <b>Date of Event: NT18_3</b> <b>Nature of Event: NT18_4</b> <b>Outcome of Event: NT18_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT18_6</b>
<b>18. Any other undesirable outcomes not covered above:</b> <b>NT18_1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>If 'Yes' –</b> <b>Date of Event: NT18_3</b> <b>Nature of Event: NT18_4</b> <b>Outcome of Event: NT18_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT18_6</b>
<b>Evidence In:</b> <input type="checkbox"/> Admission History and Physical <b>NT18_2A</b> <input type="checkbox"/> Consultant's Notes <b>NT18_2B</b> <input type="checkbox"/> Diagnostic Radiology <b>NT18_2C</b> <input type="checkbox"/> Discharge Summary <b>NT18_2D</b> <input type="checkbox"/> Dr. Orders <b>NT18_2E</b> <input type="checkbox"/> Emerg Admission / Progress Note <b>NT18_2F</b> <input type="checkbox"/> Laboratory Reports <b>NT18_2G</b> <input type="checkbox"/> Medication <b>NT18_2H</b> <input type="checkbox"/> Nurses Notes <b>NT18_2I</b> <input type="checkbox"/> Other Hospital <b>NT18_2J</b> <input type="checkbox"/> Outpt Notes <b>NT18_2K</b> <input type="checkbox"/> Procedure Reports <b>NT18_2L</b> <input type="checkbox"/> Progress Notes <b>NT18_2M</b>	<b>If 'Yes' –</b> <b>Date of Event: NT18_3</b> <b>Nature of Event: NT18_4</b> <b>Outcome of Event: NT18_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>NT18_6</b>

<b>Potential Adverse Event Determination:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>PAEDET1</b>	<i>Automatic calculation – If 'Yes' for ≥ 1 potential trigger above</i>
<b>Was there an incident report on the chart?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>PAEDET2</b> If 'Yes' –	
<b>Was the incident report related to any trigger identified for this review?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>PAEDET3</b>	
<b>Definition:</b> Did the patient sustain an unintended injury resulting in temporary or permanent disability and/or prolonged length of stay as a consequence of health care management?	

<b>Language</b>	
<b>Patient's first language:</b> <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <b>LANG1</b> <input type="checkbox"/> Language Uncertain <input type="checkbox"/> Other	<b>Is there evidence in chart that the patient experienced difficulty with communication not related to an event occurring during the Index Admission?</b> <b>LANG2</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<b>If 'Yes' - Identify source of difficulty (select all that apply):</b> <input type="checkbox"/> Language <b>LANG3A</b> <input type="checkbox"/> Physical <b>LANG3B</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>LANG3C</b>	
<b>Chart Source of Communication Status: LANG4</b> <input type="checkbox"/> Consent Forms for procedure (signed) <input type="checkbox"/> Nurses admission notes <input type="checkbox"/> Physician's admission note <input type="checkbox"/> Progress Notes <input type="checkbox"/> Social Work Consultation Note <input type="checkbox"/> Speech Therapist Consultation Note <input type="checkbox"/> Therapists Consultation Note <input type="checkbox"/> Other (specify) <b>LANG4A</b>	<b>Date (of note): LANG5</b>

<b>Ethics</b>	
<b>Is there evidence in chart of discussion about potential AE with patient or family?</b> <b>ETH1</b>	<b>If 'Yes' - Who (select all that apply)</b> <input type="checkbox"/> patient <b>ETH2A</b> <input type="checkbox"/> family <b>ETH2B</b>
<b>Who disclosed information to pt./family? (select all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Ethicist <b>ETH3A</b> <input type="checkbox"/> Family Doctor <b>ETH3B</b> <input type="checkbox"/> Hosp. Lawyer <b>ETH3C</b> <input type="checkbox"/> Nursing Student <b>ETH3D</b> <input type="checkbox"/> Medical Student <b>ETH3E</b> <input type="checkbox"/> Resident <b>ETH3F</b> <input type="checkbox"/> "Risk Management" team member <b>ETH3G</b> <input type="checkbox"/> RN <b>ETH3H</b> <input type="checkbox"/> Staff Physician <b>ETH3I</b>	
<b>Was anyone else involved in discussion?</b> <b>ETH4</b>	<b>If 'Yes' - Specify Whom: ETH5</b>
<b>Who wrote note of disclosure in patient chart? ETH6</b> <input type="checkbox"/> Ethicist <input type="checkbox"/> Family Doctor <input type="checkbox"/> Hosp. Lawyer <input type="checkbox"/> Nursing Student <input type="checkbox"/> Medical Student <input type="checkbox"/> Resident	



<input type="checkbox"/> "Risk Management" team member <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> Staff Physician		
Is there evidence in the chart of further clarification of the incident after the initial note of disclosure? <b>ETH7</b>	<i>If 'Yes'</i> - Number of Entries: <b>ETH8</b>	<i>If 'Yes'</i> - Do all entries agree: <b>ETH9</b>
Was incident form filed in patient chart? <b>ETH10</b>	<i>If 'Yes'</i> - Does Incident form have pt/family notification variable? : <b>ETH11</b>	<i>If 'Yes'</i> - Notification variable completed? : <b>ETH12</b>
Is there evidence of a Medical/ Legal activity in chart? <b>ETH13</b>	<i>If 'Yes'</i> - Format? : <input type="checkbox"/> Subpoena <b>ETH14A</b> <input type="checkbox"/> Lawyer's letter <b>ETH14B</b> <input type="checkbox"/> Other <b>ETH14C</b> (specify) <b>ETH14D</b>	

<b>Save + Close – Awaiting more information:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>If 'Yes'</i> – Option: <input type="checkbox"/> Enter New Patient <input type="checkbox"/> Return to Main Menu

<b>Data Entry Complete:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If 'Yes'</i> – Option: <input type="checkbox"/> Enter New Patient <input type="checkbox"/> Return to Main Menu

<b>Study Inclusion</b>	<b>Province</b> <input type="checkbox"/> BC <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> ON <input type="checkbox"/> QC <input type="checkbox"/> NS	<b>Reviewer ID:</b> <i>populate from Main Menu</i>
<b>Hospital #</b> <i>populate from Main Menu</i>	<b>Medical Record Number</b> (compare to CIHI list)	<b>Re-enter MRN</b>

<b>Review Time:</b>	<i>Enter time or record in background?</i>	
<b>Time Started:</b> <i>(start on entry of MRN)</i>	<b>Time Finished:</b> <i>(stop on 'Complete')</i>	<b>Total Elapsed Review Time:</b> <i>(auto calculate)</i>

<b>Patient Demographics</b>			
<b>Age:</b> DEMOG1	<b>DOB:</b> DEMOG2	<b>Gender:</b> M F DEMOG3	<b>Postal Code:</b> DEMOG4

<b>Admission</b>		
<b>Date of Admission to Hospital:</b> PADM1	<b>Date of Discharge from Hospital:</b> PADM2	<b>Admission Status</b> PADM3 <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Emergent

<b>Physician's Brief Clinical Summary</b>				
<b>Phase 1 Brief Clinical Summary</b>				
<b>Admission Diagnosis:</b> PBCS1 <i>populate from Nurse Review</i>		<b>Discharge Diagnosis:</b> PBCS2 <i>populate from Nurse Review</i>		<b>Primary Diagnostic Codes:</b> PBCS3 <i>populate from Nurse Review</i>
<b>Procedure Performed:</b> PBCS4 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>If 'Yes' – Date:</b> PBCS5	<b>If 'Yes' – Type of Proc:</b> PBCS6	<b>Complications of Care</b> PBCS7 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>If 'Yes' – Describe Complication :</b> PBCS8
<b>Discharge Status:</b> <input type="checkbox"/> Dead <input type="checkbox"/> Alive PBCS9	<b>If 'Alive'– New Disability?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD PBCS10		<b>If 'Yes' – Severity</b> <input type="checkbox"/> Mild <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> UTD PBCS11	
<b>If 'Alive'– Discharge to:</b> PBCS12	<input type="checkbox"/> Acute Care	<input type="checkbox"/> CC Care	<input type="checkbox"/> Home Care	<input type="checkbox"/> Home w/o Care
	<input type="checkbox"/> I/P Rehab	<input type="checkbox"/> L-T Care	<input type="checkbox"/> Subacute Care	<input type="checkbox"/> Palliative Care
<b>Comments:</b> PBCS13				

<b>Physician's Assessment of RN/HDC Review:</b> PBCS14
<input type="checkbox"/> Use RN/HDC Phase 1 Summary As Is
<input type="checkbox"/> Use RN/HDC Phase 1 Summary <b>and Physician's Comments Recorded Below</b>
<input type="checkbox"/> <b>Do Not Use RN/HDC Phase 1 Summary – Allow Physician to make changes and add comments</b>

<b>Physician's Comments:</b> PBCS15

**Phase 1 Selected Triggers**

txtTriggerSummary

1. <b>Unplanned admission (including readmission) as a result of any health care management within the 12 months prior to the index admission</b>	Show if Selected
2. <b>Unplanned admission to any hospital within the 12 months after discharge from index admission</b>	Show if Selected
3. <b>Hospital-incurred patient injury (including any harm, injury or trauma occurring during the index hospital stay)</b>	Show if Selected
4. <b>Adverse drug reaction:</b>	Show if Selected
5. <b>Unplanned transfer from general care to intensive care</b>	Show if Selected
6. <b>Unplanned transfer to another acute care hospital (excluding transfers for tests, procedures, or specialized care not available at referring hospital)</b>	Show if Selected
7. <b>Unplanned return to the operating room</b>	Show if Selected
8. <b>Unplanned removal, injury or repair of organ or structure during surgery, invasive procedure or vaginal delivery</b>	Show if Selected
9. <b>Other patient complications e.g. AMI, CVA, PE etc. (includes any unexpected complication occurring during the index admission that is NOT a natural progression of the patient's disease or an expected outcome of treatment)</b>	Show if Selected
10. <b>Development of neurological deficit not present on admission but present at the time of discharge from the Index hospital Stay (includes neurological deficits related to procedures, treatments or investigations):</b>	Show if Selected
11. <b>Unexpected Death:</b>	Show if Selected
12. <b>Inappropriate discharge to home/ inadequate discharge plan for Index Admission (excluding "against medical advice"):</b>	Show if Selected
13. <b>Cardiac/respiratory arrest (successful):</b>	Show if Selected
14. <b>Injury related to abortion or labour and delivery:</b>	Show if Selected
15. <b>Hospital-acquired infection/sepsis (excluding infections/sepsis occurring less than 72 hours after admission):</b>	Show if Selected
16. <b>Dissatisfaction with care documented in the medical record and/or evidence of complaint lodged (including documented complaint, conflict between patient/family and staff, discharged against medical advice)</b>	Show if Selected
17. <b>Documentation or correspondence indicating litigation, either contemplated or actual</b>	Show if Selected
18. <b>Any other undesirable outcomes not covered above</b>	Show if Selected

Triggers for Potential Adverse Events	
<p><b>1. Unplanned admission (including readmission) as a result of any health care management within the 12 months prior to the index admission: PT1</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT1_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Date of Onset of Readmission Symptoms: <b>PT1_3</b>                      Date of Previous Admission: <b>PT1_4</b>                      Previous Admission - Discharge Diagnosis: <b>PT1_5</b>                      Previous Admission - Treatment/Procedure: <b>PT1_6</b>                      Reason for Readmission: <b>PT1_7</b>                      Other Clinical Details: <b>PT1_8</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT1_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT1_2C</b></p>
<p><b>2. Unplanned admission to any hospital within the 12 months after discharge from index admission: PT2</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT2_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Diagnosis @ Discharge (Index): <b>PT2_3</b>                      Date of Readmission: <b>PT2_4</b>                      Reason for Readmission: <b>PT2_5</b>                      Outcome/Discharge Diagnosis: <b>PT2_6</b>                      Other Clinical Details: <b>PT2_7</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT2_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT2_2C</b></p>
<p><b>3. Hospital-incurred patient injury (including any harm, injury or trauma occurring during the index hospital stay):</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i> <b>PT3</b></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT3_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Date of Harm, Injury or Trauma: <b>PT3_3</b>                      Description of Harm, Injury or Trauma: <b>PT3_4</b>                      Treatment of Harm, Injury or Trauma: <b>PT3_5</b>                      Outcome of Harm, Injury or Trauma: <b>PT3_6</b>                      Other Clinical Details: <input type="checkbox"/> Use information entered above <b>PT3_7</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT3_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT3_2C</b></p>
<p><b>4. Adverse drug reaction:</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i> <b>PT4</b></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT4_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Drug Given: <input type="checkbox"/> Before Index Hosp. <input type="checkbox"/> During Index Hosp. <b>PT4_3</b>                      Date of Drug Reaction: <b>PT4_4</b>                      Description of Drug Reaction: <b>PT4_5</b>                      Treatment of Drug Reaction: <b>PT4_6</b>                      Outcome of Drug Reaction: <b>PT4_7</b>                      Other Clinical Details: <b>PT4_8</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT4_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT4_2C</b></p>
<p><b>5. Unplanned transfer from general care to intensive care:</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i> <b>PT5</b></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT5_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Date of Transfer: <b>PT5_3</b>                      Reason for Transfer: <b>PT5_4</b>                      Management immediately prior to transfer: <b>PT5_5</b>                      Outcome of ICU care: <b>PT5_6</b>                      Other Clinical Details: <b>PT5_7</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT5_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT5_2C</b></p>
<p><b>6. Unplanned transfer to another acute care hospital (excluding transfers for tests, procedures, or specialized care not available at referring hospital):</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i> <b>PT6</b></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT6_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Discharge Diagnosis from Referring Hospital: <b>PT6_3</b>                      Date of Transfer: <b>PT6_4</b>                      Reason for Transfer: <b>PT6_5</b>                      Index hospital received or transferred pt.: <input type="checkbox"/> Receive <input type="checkbox"/> Trans <b>PT6_6</b>                      Name of Other Hospital: <b>PT6_7</b>                      Other Clinical Details: <b>PT6_8</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT6_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT6_2C</b></p>
<p><b>7. Unplanned return to the operating room:</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i> <b>PT7</b></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT7_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Date of Initial Surgery: <b>PT7_3</b>                      Date of return to OR: <b>PT7_4</b>                      Reason for and cause of return to OR: <b>PT7_5</b>                      Other Clinical Details: <b>PT7_6</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT7_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT7_2C</b></p>
<p><b>8. Unplanned removal, injury or repair of organ or structure during surgery, invasive procedure or vaginal delivery:</b>                      Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review <i>If 'Yes' ...</i> <b>PT8</b></p>	<p>Do you agree?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT8_1</b>  <i>If 'No' – Comment</i></p>
<p>Date of Procedure: <b>PT8_3</b>                      Name of Procedure performed: <b>PT8_4</b>                      Nature of Injury: <b>PT8_5</b>                      Other Clinical Details: <b>PT8_6</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT8_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT8_2C</b></p>

<p><b>9. Other patient complications e.g. AML, CVA, PE etc.</b> (includes any unexpected complication occurring during the index admission that is NOT a natural progression of the patient's disease or an expected outcome of treatment: <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT9</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT9_1</b> <b>If 'No' – Comment</b>  <i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT9_2</b></p>
<p><b>Date of Complication:</b> <b>PT9_3</b> <b>Nature of Complication:</b> <b>PT9_4</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT9_5</b></p>	<p><i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT9_2C</b></p>
<p><b>10. Development of neurological deficit not present on admission but present at the time of discharge from the Index hospital Stay</b> (includes neurological deficits related to procedures, treatments or investigations): <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT10</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT10_1</b> <b>If 'No' – Comment</b>  <i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT10_2</b></p>
<p><b>Date New Deficit First Noted:</b> <b>PT10_3</b> <b>Nature of Impairment:</b> <b>PT10_4</b> <b>Consequence of impairment in terms of Care:</b> <b>PT10_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT10_6</b></p>	<p><i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT10_2C</b></p>
<p><b>11. Unexpected Death:</b> <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT11</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT11_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>
<p><b>Date of Death:</b> <b>PT11_3</b> <b>Describe Circumstances related to Death:</b> <b>PT11_4</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT11_5</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT11_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT11_2C</b></p>
<p><b>12. Inappropriate discharge to home/ inadequate discharge plan for Index Admission</b> (excluding “against medical advice”): <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT12</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT12_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>
<p><b>Preferred Date of Discharge (if available):</b> <b>PT12_3</b> <b>Describe Circumstances related to inappropriate discharge:</b> <b>PT12_4</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT12_5</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT12_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT12_2C</b></p>
<p><b>13. Cardiac/respiratory arrest</b> (successful): <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT13</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT13_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>
<p><b>Date of Arrest:</b> <b>PT13_3</b> <b>Outcome of Arrest:</b> <b>PT13_4</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT13_5</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT13_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT13_2C</b></p>
<p><b>14. Injury related to abortion or labour and delivery:</b> <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT14</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT14_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>
<p><b>Date of Injury:</b> <b>PT14_3</b> <b>Nature of Injury:</b> <b>PT14_4</b> <b>Outcome of Injury:</b> <b>PT14_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT14_6</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT14_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT14_2C</b></p>
<p><b>15. Hospital-acquired infection/sepsis</b> (excluding infections/sepsis occurring less than 72 hours after admission): <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT15</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT15_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>
<p><b>Date of Infection:</b> <b>PT15_3</b> <b>Nature/Cause of Infection:</b> <b>PT15_4</b> <b>Treatment of infection:</b> <b>PT15_5</b> <b>Outcome of Infection:</b> <b>PT15_6</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT15_7</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT15_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT15_2C</b></p>
<p><b>16. Dissatisfaction with care documented in the medical record and/or evidence of complaint lodged</b> (including documented complaint, conflict between patient/family and staff, discharged against medical advice): <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT16</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT16_1</b> <b>If 'No' – Comment</b>  <i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT16_2</b></p>
<p><b>Date dissatisfaction first expressed:</b> <b>PT16_3</b> <b>Declared By:</b> <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Relative: <b>PT16_4</b> <b>Nature/Cause of Dissatisfaction:</b> <b>PT16_5</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT16_6</b></p>	<p><i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT16_2C</b></p>
<p><b>17. Documentation or correspondence indicating litigation, either contemplated or actual:</b> <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT17</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT17_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>
<p><b>Date of Documentation (contemplated/actual):</b> <b>PT17_3</b> <b>Nature of correspondence:</b> <b>PT17_4</b> <b>Other Clinical Details:</b> <b>PT17_5</b></p>	<p><i>If 'Yes' - Physician Confirms Details:</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT17_2</b>  <i>If 'No' - (specify)</i> <b>PT17_2C</b></p>
<p><b>18. Any other undesirable outcomes not covered above:</b> <i>Display No or Yes as graded by in Phase 1 Review If 'Yes' ... PT18</i></p>	<p><b>Do you agree?:</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT18_1</b> <b>If 'No' – Comment</b></p>

Date of Event: <b>PT18_3</b> Nature of Event: <b>PT18_4</b> Outcome of Event: <b>PT18_5</b> Other Clinical Details: <b>PT18_6</b>	If 'Yes' - Physician Confirms Details: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <b>PT18_2</b>  If 'No' - (specify) <b>PT18_2C</b>
--	---

**Adverse Event Determination:**

**Definition (UK):**

Did the patient sustain an unintended injury resulting in temporary or permanent disability and/or prolonged length of stay as a consequence of health care management?

An Adverse Event must fulfill all **three** criteria:

- a) **unintended injury**
- b) **temporary or permanent disability and/or increased length of stay or death**
- c) **caused by health care management**

Was there additional information on the Incident Report relative to the potential Adverse Event that was not found elsewhere on the chart?  
 Yes  No **AED1**

Complete a full assessment from Injury to Preventability for all Suspected Injury following rules i.e. STOP REVIEW IF: 'Injury' = No; or 'Disability' = None of the Above; or 'Causation' = Virtually no evidence for management causation then stop review. Complete only 'Injury', 'Disability' and 'Causation' if 'Injury' = Almost Injured; or 'Disability' = Intervention or treatment without sequelae or Outpatient visits. **AED\_SuspAE**

Suspected Injury #1	Suspected Injury #4	Suspected Injury #7
Suspected Injury #2	Suspected Injury #5	Suspected Injury #8
Suspected Injury #3	Suspected Injury #6	Suspected Injury #9

<b>Injury</b>	Did the patient sustain an unintended injury or complication? <b>INJ1</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Almost Injured If 'No' Mark Review 'Complete'
If 'Yes' or 'Almost Injured' – Describe Clinical Context/Event: <b>INJ2</b>	

<b>Disability</b>	Did the injury or complication result in (select all that apply) <input type="checkbox"/> Disability at the time of discharge <b>DISAB1A</b> <input type="checkbox"/> Prolonged hospital stay <b>DISAB1B</b> <input type="checkbox"/> Subsequent hospitalization after Index Admission <b>DISAB1C</b> <input type="checkbox"/> Death <b>DISAB1D</b> <input type="checkbox"/> Intervention or treatment without sequelae listed above <b>DISAB1E</b> <input type="checkbox"/> Outpatient Visits <b>DISAB1F</b> <input type="checkbox"/> None of the above (No AE) <b>DISAB1G</b>
-------------------	--

If response is any except 'None of the above' – Describe disability, prolonged stay, temporary injury/complication – impact on patient:  
**DISAB2**

Was a portion of the hospital stay due to the adverse event? <b>DISAB3</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If 'Yes' What portion of the entire hospital stay was due to the adverse event? <b>DISAB4</b> <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> All <input type="checkbox"/> UTD
--	--

How many days are attributable to the Adverse Event? (If response above = 'All' enter full LOS here – Date D/C - Date Adm; otherwise enter total number of days attributable to the adverse event): **DISAB5**

Would the patient at some time be able to return to pre-hospital state with regard to:	1. Employment <b>DISAB6</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD    2. Independence <b>DISAB7</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD
--	--

On the day of discharge, what was the degree of <u>physical impairment</u> attributable to the adverse event over and above the patient's disability from the underlying disease as <u>REPORTED</u> in the patient record?: <b>DISAB8</b>	<input type="checkbox"/> No physical impairment or disability <input type="checkbox"/> Minimal impairment and/or recovery in one month <input type="checkbox"/> Moderate impairment, recovery in one to six months <input type="checkbox"/> Moderate impairment, recovery in six months to one year <input type="checkbox"/> Permanent impairment, disability 1-50% <input type="checkbox"/> Permanent impairment, disability >50% <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> UTD
--	---

Based on the evidence in the medical record, how would you <u>JUDGE</u> the degree of the <u>physical impairment</u> attributable to the adverse event on the day of discharge?: <b>DISAB9</b>	<input type="checkbox"/> No physical impairment or disability <input type="checkbox"/> Minimal impairment and/or recovery in one month <input type="checkbox"/> Moderate impairment, recovery in one to six months <input type="checkbox"/> Moderate impairment, recovery in six months to one year <input type="checkbox"/> Permanent impairment, disability 1-50% <input type="checkbox"/> Permanent impairment, disability >50% <input type="checkbox"/> Death <input type="checkbox"/> UTD
--	---

<p>On the day of discharge, what was the <u>consequence</u> of the physical impairment attributable to the adverse event over and above the patient's disability from the underlying disease as <u>REPORTED</u> in the patient record?: <b>DISAB10</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No consequence</li><li><input type="checkbox"/> Assistive devices <u>only</u></li><li><input type="checkbox"/> Part-time care – outside of an institution</li><li><input type="checkbox"/> Full-time Care – outside of an institution</li><li><input type="checkbox"/> Institutional care</li><li><input type="checkbox"/> UTD</li></ul>
<p>Based on the evidence in the medical record, how would you <u>JUDGE</u> the <u>consequence</u> of the physical impairment attributable to the adverse event on the day of discharge?: <b>DISAB11</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No consequence</li><li><input type="checkbox"/> Assistive devices <u>only</u></li><li><input type="checkbox"/> Part-time care – outside of an institution</li><li><input type="checkbox"/> Full-time Care – outside of an institution</li><li><input type="checkbox"/> Institutional care</li><li><input type="checkbox"/> UTD</li></ul>

<b>Causation</b>	<b>In your best judgement, is there evidence that healthcare management caused the patient’s injury? In answering this question, and when relevant, consider the following questions and complete (select all that apply)</b>
Is there a note in the medical record indicating that healthcare management caused the injury?: CAUS1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Is there a note in the medical record suggesting the possibility of an injury from the patient’s disease?: CAUS2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
Does the timing of events suggest that the injury was related to the treatment?: CAUS3 <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Possibly <input type="checkbox"/> Unlikely	
Does the timing of events suggest that the injury was related to the <u>lack of</u> treatment?: CAUS4 <input type="checkbox"/> Likely <input type="checkbox"/> Possibly <input type="checkbox"/> Unlikely	
Are there other reasonable explanations for the cause of the injury?: CAUS5 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Possibly	
Was there an opportunity prior to the occurrence of the injury for intervention which might have prevented it?: CAUS6 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Possibly	
Is lack of treatment or delayed treatment a recognized cause of this injury? : CAUS7 <input type="checkbox"/> Widely recognized <input type="checkbox"/> Recognized by other specialists <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not applicable	
Is lack of diagnosis or delayed diagnosis a recognized cause of this injury?: CAUS8 <input type="checkbox"/> Widely recognized <input type="checkbox"/> Recognized by other specialists <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not applicable	
Is the treatment given to the patient a recognized cause of this injury?: CAUS9 <input type="checkbox"/> Widely Recognized <input type="checkbox"/> Recognized by other specialists <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not applicable	
Is this injury a recognized complication of the patient's underlying index disease?: CAUS10 <input type="checkbox"/> Widely Recognized <input type="checkbox"/> Recognized by other specialists <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not applicable	
Was the injury recognized during the index admission? CAUS11 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
If ‘Yes’ Was the appropriate action taken during the Index Admission? CAUS12 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No action needed	
If ‘Yes’ Did the injury respond to the appropriate action?: CAUS13 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Possibly <input type="checkbox"/> N/A	
After due consideration of the clinical details of the patient’s management, <i>irrespective of preventability</i> , and your response to the questions above – <b>What level of confidence do you have that the HEALTH CARE MANAGEMENT caused the injury? (choose one) CAUS14</b> <input type="checkbox"/> i) Virtually no evidence for management causation (No AE – STOP Review) <input type="checkbox"/> iv) Management causation more likely; more than 50/50 but close call <input type="checkbox"/> ii) Slight to modest evidence for management causation <input type="checkbox"/> v) Moderate to strong evidence for management causation <input type="checkbox"/> iii) Management causation not likely; less than 50/50 but close call <input type="checkbox"/> vi) Virtually certain evidence for management causation	

<b>Timing of Adverse Event:</b>	
<b>Healthcare Management Contributing to A.E. - occurred: TIMAE1</b> <input type="checkbox"/> Before index hospitalisation <input type="checkbox"/> During index hospitalisation <input type="checkbox"/> After index hospitalisation	<b>Adverse Event Detected: TIMAE2</b> <input type="checkbox"/> Before index hospitalisation <input type="checkbox"/> During index hospitalisation <input type="checkbox"/> After index hospitalisation



**Adverse Event Location & Specialty:**

“Health Care Management refers to the health care delivered at any point between 12 months before the index admission to the day of discharge from the Index admission. The Adverse Event can be detected during the Index Admission or up to 12 months after discharge from the index admission”

Where did health care management contributing to the AE occur? (select all that apply)  Outside Hospital AELOC1A  Inside Hospital AELOC1B

If ‘Outside Hospital’ – Outside Location (select all that apply) :

Ambulatory Care Unit outside Hospital AELOC2A  Family Physician’s Office AELOC2B  Home AELOC2C  Nursing Home AELOC2D  
 Other AELOC2E (specify) AELOC2F:

If ‘Inside Hospital’ – Inside Location (select all that apply):

Blood Bank AELOC3A  Cardiac Catheterisation Lab AELOC3B  Emergency Department AELOC3C  Hospital Bathroom AELOC3D  
 Hospital Outpatient Clinic AELOC3E  ICU AELOC3F  Inpatient Clinic AELOC3G  Laboratory (clinical) AELOC3H  
 Labour and Delivery AELOC3I  Operating Room AELOC3J  Pathology AELOC3K  Patient’s Ward AELOC3L  
 Pharmacy AELOC3M  Procedure Room AELOC3N  Radiology AELOC3O  Recovery Room AELOC3P  
 Service Area (stairs, hall, elevator) AELOC3Q  Therapy/Rehabilitation AELOC3R  Other AELOC3S (specify) AELOC3T:

Most Responsible Service at time of Adverse Event? (choose one) AELOC4  Surgery  Medicine  Other

If ‘Surgery’ – Surg Specialty:  Anaesthesiology AELOC5A  Cardiac Surgery AELOC5B  Colo-Rectal Surgery AELOC5C

Family Practice (Surg) AELOC5D  General Surgery AELOC5E  Gynecology AELOC5F  Neurosurgery AELOC5G  
 Obstetrics AELOC5H  Ophthalmology AELOC5I  Orthopedic Surgery AELOC5J  Otolaryngology (ENT) AELOC5K  
 Plastic Surgery AELOC5L  Thoracic Surgery AELOC5M  Vascular Surgery AELOC5N  Urological Surgery AELOC5O  
 Other AELOC5P (specify) AELOC5Q:

If ‘Medicine’ – Med Specialty:  Cardiology AELOC6A  Dermatology AELOC6B  Emergency AELOC6C  Endocrinology AELOC6D

Family Practice AELOC6E  Gastroenterology AELOC6F  Haematology AELOC6G  Immunology & Allergy AELOC6H  
 Infectious Diseases AELOC6I  Intensive Care AELOC6J  Internal Medicine (not otherwise classified) AELOC6K  
 Laboratory Medicine AELOC6L  Medical Oncology AELOC6M  Nephrology AELOC6N  Neurology AELOC6O  Pathology AELOC6P  
 Physical Medicine AELOC6Q  Psychiatry AELOC6R  Radiation Therapy AELOC6S  Radiology AELOC6T  Respiriology AELOC6U  
 Rheumatology AELOC6V  Other AELOC6W (specify): AELOC6X

If ‘Other’ – Other Specialty:  Dentistry/Oral Surgery AELOC7A  Dietary AELOC7B  Hospital Physical Plant AELOC7C

Nursing AELOC7D  Osteopathy AELOC7E  Pharmacy AELOC7F  Physical or Occupational Therapy AELOC7G  Podiatry AELOC7H  
 Transportation Support Services AELOC7I  Other AELOC7J (specify): AELOC7K

**Adverse Event Classification:**

“Health Care Management refers to the health care delivered at any point between 12 months before the index admission to the day of discharge from the Index admission that resulted in the Adverse Event that was detected at any point during the Index Admission to 12 months after discharge from the index admission”

<b>Diagnostic</b>	Was the Adverse Event the result of a diagnostic error – wrong or delayed?: AECL1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL1_2	Location: AECL1_3
<b>Surgical</b>	Was the Adverse Event related to an operation - occurring during the surgery or within the immediate (30 days) post-op period?: AECL2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL2_2	Location: AECL2_3
<b>Fractures</b>	Was the Adverse Event related to a Fracture?: AECL3 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL3_2	Location: AECL3_3
<b>Anaesthesia</b>	Was the Adverse Event related to Anaesthesia?: AECL4 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL4_2	Location: AECL4_3
<b>Obstetric</b>	Was the Adverse Event related to Obstetrical Management?: AECL5 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL5_2	Location: AECL5_3
<b>Medical Procedure</b>	Was the Adverse Event a Non-surgical procedure related Injury?: AECL6 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL6_2	Location: AECL6_3
<b>Drug/Fluid</b>	Was the Adverse Event a drug related injury?: AECL7 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL7_2	Location: AECL7_3
<b>Other Clinical Management</b>	Was this a therapeutic adverse event (inappropriate or delay in treatment or failure to monitor)?: AECL8	If ‘Yes’ – Date AECL8_2	Location: AECL8_3
<b>Adverse Events not covered elsewhere</b>	Was there an adverse event not covered elsewhere? AECL9 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL9_2	Location: AECL9_3
<b>System Event</b>	Was there a system event? AECL10 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If ‘Yes’ – Date AECL10_2	Location: AECL10_3

<b>Diagnostic</b>	<b>If 'Yes' to 'Diagnostic' – Describe Clinical Context/Event:</b> AEDIAG21	
<b>Source of Diagnostic Error:</b> <input type="checkbox"/> Unavoidable diagnostic error despite reasonable diagnostic efforts AEDIAG22A <input type="checkbox"/> Failure to obtain adequate history &/or physical examination AEDIAG22B <input type="checkbox"/> Failure or delay to employ indicated test AEDIAG22C <input type="checkbox"/> Inappropriate or outmoded tests used AEDIAG22D <input type="checkbox"/> Test was incorrectly performed AEDIAG22E <input type="checkbox"/> Test was incorrectly reported AEDIAG22F <input type="checkbox"/> Failure or delay to act on results of tests or findings AEDIAG22G <input type="checkbox"/> Failure to draw sensible/reasonable conclusions or make differential diagnosis AEDIAG22H <input type="checkbox"/> Failure or delay to get expert opinion from: AEDIAG22I <input type="checkbox"/> senior team member AEDIAG22I-1 <input type="checkbox"/> clinical specialist AEDIAG22I_2 <input type="checkbox"/> non-clinical specialist AEDIAG22I_3 <input type="checkbox"/> Delay in diagnosis AEDIAG22J <input type="checkbox"/> Physicians or other professionals practicing outside area of expertise or beyond level of competence AEDIAG22K (specify): AEDIAG22L		
<b>Other Diagnostic Errors?:</b> AEDIAG23		<b>If 'Yes' – Describe Clinical Context/Event:</b> AEDIAG24
<b>Diagnostic Assessment Performed by:</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
	<input type="checkbox"/> Anaesthesia AEDIAG1	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG1A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG1B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG1C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG1D
	<input type="checkbox"/> Emergentology AEDIAG2	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG2A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG2B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG2C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG2D
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service AEDIAG3	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG3A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG3B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG3C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG3D
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med AEDIAG4	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG4A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG4B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG4C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG4D
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service AEDIAG5	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG5A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG5B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG5C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG5D
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery AEDIAG6	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG6A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG6B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG6C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG6D
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service AEDIAG7	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG7A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG7B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG7C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG7D
	<input type="checkbox"/> Midwife AEDIAG8	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG8A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG8B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG8C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG8D
	<input type="checkbox"/> Nursing AEDIAG9	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG9A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG9B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG9C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG9D
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner AEDIAG10	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG10A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG10B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG10C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG10D
	<input type="checkbox"/> Nutritionist AEDIAG11	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG11A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG11B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG11C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG11D
	<input type="checkbox"/> Obstetrics AEDIAG12	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG12A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG12B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG12C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG12D
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist AEDIAG13	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG13A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG13B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG13C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG13D
	<input type="checkbox"/> Orthopedics AEDIAG14	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG14A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG14B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG14C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG14D
	<input type="checkbox"/> Pharmacist AEDIAG15	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG15A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG15B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG15C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG15D
	<input type="checkbox"/> Physiotherapy AEDIAG16	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG16A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG16B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG16C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG16D
<input type="checkbox"/> Speech Therapy AEDIAG17	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG17A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG17B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG17C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG17D	
<input type="checkbox"/> Social Work AEDIAG18	<b>If 'Yes' – Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AEDIAG18A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AEDIAG18B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AEDIAG18C <input type="checkbox"/> UTD AEDIAG18D	
<input type="checkbox"/> Other AEDIAG19 (specify) AEDIAG19A	<input type="checkbox"/> UTD AEDIAG20	
<b>Contributing Factors to Adverse Event:</b> AEDIAG25 <input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses (select all that apply) <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient's response) <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> Other (specify) AEDIAG25I		

<b>Surgical</b>		<b>If 'Yes' to 'Surgical' – Procedure Performed:</b> AESURG21		
<b>Most Significant Event: (select one)</b> AESURG22 <input type="checkbox"/> Technical problem (specify) <input type="checkbox"/> Bleeding – Major <input type="checkbox"/> Bleeding – Minor <input type="checkbox"/> Wound Infection <input type="checkbox"/> Non-wound Infection – e.g. abscess <input type="checkbox"/> Other wound problem - e.g. dehiscence (specify) <input type="checkbox"/> Anastomotic Breakdown <input type="checkbox"/> Difficulty in defining anatomy (specify) <input type="checkbox"/> Inadvertent organ damage (specify) <input type="checkbox"/> Perforation. (specify nature) <input type="checkbox"/> Siting prosthesis <input type="checkbox"/> Cerebro-vascular Accident <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure <input type="checkbox"/> Deep Vein Thrombosis <input type="checkbox"/> Myocardial Infarction <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolus <input type="checkbox"/> Other Events or Comments (specify) AESURG22S				
<b>Other Related Events:</b> <input type="checkbox"/> Technical problem AESURG23A <input type="checkbox"/> Bleeding – Major AESURG23B <input type="checkbox"/> Bleeding – Minor AESURG23C <input type="checkbox"/> Wound Infection AESURG23D <input type="checkbox"/> Non-wound Infection– e.g. abscess AESURG23E <input type="checkbox"/> Other wound problem - e.g. dehiscence (specify) AESURG23F <input type="checkbox"/> Anastomotic Breakdown AESURG23G <input type="checkbox"/> Difficulty in defining anatomy (specify) AESURG23H <input type="checkbox"/> Inadvertent organ damage (specify) AESURG23I <input type="checkbox"/> Perforation. AESURG23J <input type="checkbox"/> Siting prosthesis AESURG23K <input type="checkbox"/> Cerebro-vascular Accident AESURG23L <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure AESURG23M <input type="checkbox"/> Deep Vein Thrombosis AESURG23N <input type="checkbox"/> Myocardial Infarction AESURG23O <input type="checkbox"/> Pneumonia AESURG23P <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolus AESURG23Q <input type="checkbox"/> Other Events or Comments AESURG23R (specify) AESURG23S				
<b>Other Surgical Procedure–related Problems?:</b> AESURG24 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>If 'Yes' – Describe Event:</b> AESURG25		
<b>What processes of care contributed to the adverse event? (select all that apply)</b> <input type="checkbox"/> No apparent process of care contributed to the AE AESURG26A <input type="checkbox"/> Adequacy of informed consent e.g. alternatives to procedure AESURG26B <input type="checkbox"/> Delay in treatment AESURG26C <input type="checkbox"/> Inadequate monitoring/supervision of patient after procedure AESURG26D <input type="checkbox"/> Inappropriate or outmoded therapy used AESURG26E <input type="checkbox"/> Inefficacious procedure – failed to relieve symptoms AESURG26F <input type="checkbox"/> Patient inadequately prepared before procedure AESURG26G <input type="checkbox"/> Physicians or other professionals practicing outside area of expertise or beyond level of competence AESURG26H <input type="checkbox"/> Poor or failed communication AESURG26I <input type="checkbox"/> Surgical Injury AESURG26J <input type="checkbox"/> UTD AESURG26K <input type="checkbox"/> Other Events or Comments AESURG26L (specify) AESURG26M				
<b>Other Performance Errors:</b> AESURG27 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		<b>If 'Yes' – Describe Event:</b> AESURG28	<b>Procedure Status:</b> AESURG29 <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> UTD	<b>Date of Procedure:</b>
<b>Procedure Performed By</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> Anaesthesia AESURG1	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG1A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG1B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG1C <input type="checkbox"/> UTD AESURG1D		
	<input type="checkbox"/> Emergentology AESURG2	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG2A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG2B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG2C <input type="checkbox"/> UTD AESURG2D		
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service AESURG3	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG3A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG3B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG3C <input type="checkbox"/> UTD AESURG3D		
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med AESURG4	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG4A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG4B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG4C <input type="checkbox"/> UTD AESURG4D		
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service AESURG5	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG5A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG5B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG5C <input type="checkbox"/> UTD AESURG5D		
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery AESURG6	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG6A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG6B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG6C <input type="checkbox"/> UTD AESURG6D		
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service AESURG7	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG7A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG7B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG7C <input type="checkbox"/> UTD AESURG7D		
	<input type="checkbox"/> Midwife AESURG8	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG8A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG8B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG8C <input type="checkbox"/> UTD AESURG8D		
	<input type="checkbox"/> Nursing AESURG9	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG9A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG9B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG9C <input type="checkbox"/> UTD AESURG9D		
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner AESURG10	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG10A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG10B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG10C <input type="checkbox"/> UTD AESURG10D		
	<input type="checkbox"/> Nutritionist AESURG11	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG11A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG11B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG11C <input type="checkbox"/> UTD AESURG11D		
	<input type="checkbox"/> Obstetrics AESURG12	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG12A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG12B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG12C <input type="checkbox"/> UTD AESURG12D		
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist AESURG13	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG13A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG13B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG13C <input type="checkbox"/> UTD AESURG13D		
	<input type="checkbox"/> Orthopedics AESURG14	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG14A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG14B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG14C <input type="checkbox"/> UTD AESURG14D		
<input type="checkbox"/> Pharmacist AESURG15	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG15A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG15B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG15C <input type="checkbox"/> UTD AESURG15D			
<input type="checkbox"/> Physiotherapy AESURG16	<b>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student AESURG16A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AESURG16B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AESURG16C <input type="checkbox"/> UTD AESURG16D			

<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AESURG17</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESURG17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESURG17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESURG17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESURG17D</b>
<input type="checkbox"/> Social Work <b>AESURG18</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESURG18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESURG18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESURG18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESURG18D</b>
<input type="checkbox"/> Other <b>AESURG19</b> <i>(specify)</i> <b>AESURG19A</b>	<input type="checkbox"/> UTD <b>AESURG20</b>
<b>Was there an assistant surgeon?</b> <b>AESURG31</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>Level of Assistant:</b> <input type="checkbox"/> Family Physician <b>AESURG32</b> <input type="checkbox"/> Resident <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> Staff Physician <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> Nursing Student <input type="checkbox"/> Medical Student
<b>Contributing Factors to Adverse Event</b> <i>(select all that apply)</i>	<input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <b>AESURG33A</b> <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <b>AESURG33B</b> <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses <b>AESURG33C</b> <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <b>AESURG33D</b> <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <b>AESURG33E</b> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient's response) <b>AESURG33F</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESURG33G</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AESURG33H</b> <i>(specify)</i> <b>AESURG33I</b>

<b>Fractures (includes non-Surgical)</b>	<i>If 'Yes' to "Fractures" – Location of Fracture:</i> <b>AEFRAC21</b>																																				
<b>Nature of Fracture Related Event:</b> <b>AEFRAC22</b> <input type="checkbox"/> Re-operation <input type="checkbox"/> Prosthesis Failure <input type="checkbox"/> Operation Related <input type="checkbox"/> Non-Operation Related <input type="checkbox"/> Other																																					
<b>Describe Details of Fracture-Related Adverse Event :</b> <b>AEFRAC23</b>																																					
<b>Procedure Status:</b> <b>AEFRAC24</b> <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> Not applicable	<b>Date of Procedure:</b>																																				
<b>Procedure Performed By</b> <i>(select all that apply)</i>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEFRAC1</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC1D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Emergentology <b>AEFRAC2</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC2D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEFRAC3</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC3D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEFRAC4</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC4D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEFRAC5</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC5D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEFRAC6</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC6D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEFRAC7</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC7D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Midwife <b>AEFRAC8</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC8D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nursing <b>AEFRAC9</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC9D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEFRAC10</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC10D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEFRAC11</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC11D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEFRAC12</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC12D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEFRAC13</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC13D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEFRAC14</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC14D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEFRAC15</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC15D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEFRAC16</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC16D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEFRAC17</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC17D</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Social Work <b>AEFRAC18</b></td> <td><i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC18D</b></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEFRAC1</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC1D</b>	<input type="checkbox"/> Emergentology <b>AEFRAC2</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC2D</b>	<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEFRAC3</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC3D</b>	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEFRAC4</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC4D</b>	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEFRAC5</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC5D</b>	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEFRAC6</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC6D</b>	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEFRAC7</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC7D</b>	<input type="checkbox"/> Midwife <b>AEFRAC8</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC8D</b>	<input type="checkbox"/> Nursing <b>AEFRAC9</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC9D</b>	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEFRAC10</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC10D</b>	<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEFRAC11</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC11D</b>	<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEFRAC12</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC12D</b>	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEFRAC13</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC13D</b>	<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEFRAC14</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC14D</b>	<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEFRAC15</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC15D</b>	<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEFRAC16</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC16D</b>	<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEFRAC17</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC17D</b>	<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEFRAC18</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC18D</b>
<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEFRAC1</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC1D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Emergentology <b>AEFRAC2</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC2D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEFRAC3</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC3D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEFRAC4</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC4D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEFRAC5</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC5D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEFRAC6</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC6D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEFRAC7</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC7D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Midwife <b>AEFRAC8</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC8D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Nursing <b>AEFRAC9</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC9D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEFRAC10</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC10D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEFRAC11</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC11D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEFRAC12</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC12D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEFRAC13</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC13D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEFRAC14</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC14D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEFRAC15</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC15D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEFRAC16</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC16D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEFRAC17</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC17D</b>																																				
<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEFRAC18</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEFRAC18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEFRAC18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEFRAC18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC18D</b>																																				

<input type="checkbox"/> Other <b>AEFRAC19</b> <i>(specify)</i> <b>AEFRAC19A</b>		<input type="checkbox"/> UTD <b>AEFRAC20</b>
<b>Was there an Assistant Surgeon?:</b> <b>AEFRAC26</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<b>If 'Yes' - Assisted By: <b>AEFRAC27</b></b> <input type="checkbox"/> Family Physician <input type="checkbox"/> Emergentologist <input type="checkbox"/> Gen. Internist <input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty <input type="checkbox"/> Gen. Surgeon <input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty <input type="checkbox"/> Orthopedic Surgeon <input type="checkbox"/> Other <i>(specify)</i> <b>AEFRAC27I</b> <input type="checkbox"/> UTD	
<b>Contributing Factors to</b> <input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses <b>Adverse Event: <b>AEFRAC28</b></b> <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <i>(select all that apply)</i> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient's response) <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> Other <i>(specify)</i> <b>AEFRAC28I</b>		



<b>Anaesthesia</b>		<b>If 'Yes' to "Anaesthesia" – Surgery Performed:</b> <b>AEANA21</b>	
<b>If 'Yes' – Source of Adverse Event:</b> <b>AEANA22</b>		<input type="checkbox"/> No apparent source <input type="checkbox"/> Anaesthetic agent complication <input type="checkbox"/> Equipment failure <input type="checkbox"/> Intubation <input type="checkbox"/> Monitoring during procedure <input type="checkbox"/> Preop assessment <input type="checkbox"/> Other (specify) <b>AEANA22A</b>	
<b>Anaesthetic Delivered By</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEANA1</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA1D</b>	
	<input type="checkbox"/> Emergentology <b>AEANA2</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA2D</b>	
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEANA3</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA3D</b>	
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEANA4</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA4D</b>	
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEANA5</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA5D</b>	
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEANA6</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA6D</b>	
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEANA7</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA7D</b>	
	<input type="checkbox"/> Midwife <b>AEANA8</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA8D</b>	
	<input type="checkbox"/> Nursing <b>AEANA9</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA9D</b>	
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEANA10</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA10D</b>	
	<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEANA11</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA11D</b>	
	<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEANA12</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA12D</b>	
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEANA13</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA13D</b>	
	<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEANA14</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA14D</b>	
	<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEANA15</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA15D</b>	
	<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEANA16</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA16D</b>	
	<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEANA17</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA17D</b>	
	<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEANA18</b>	<b>If 'Yes' – Level of Experience: (all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Student <b>AEANA18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEANA18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEANA18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA18D</b>	
	<input type="checkbox"/> Other <b>AEANA19</b> (specify) <b>AEANA19A</b>		
<b>Contributing Factors to Adverse Event</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <b>AEANA23A</b> <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <b>AEANA23B</b> <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses <b>AEANA23C</b> <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <b>AEANA23D</b> <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <b>AEANA23E</b> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient's response) <b>AEANA23F</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEANA23G</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AEANA23H</b> (specify) <b>AEANA23I</b>		

<b>Obstetric</b>	If 'Yes' to "Obstetric" – At what stage did the Injury occur?: <b>AEOB21</b> <input type="checkbox"/> Ante-natal <input type="checkbox"/> Delivery <input type="checkbox"/> Post-partum		If not "Ante-Natal"- Mode of Delivery <b>AEOB22</b> <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Instrument Assisted <input type="checkbox"/> Caesarean Section	
<b>Describe Clinical Context/Event AEOB23</b>				
<b>Delivery Performed By:</b> <i>(select all that apply)</i>	<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEOB1</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB1D</b>		
	<input type="checkbox"/> Emergentology <b>AEOB2</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB2D</b>		
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEOB3</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB3D</b>		
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEOB4</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB4D</b>		
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEOB5</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB5D</b>		
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEOB6</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB6D</b>		
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEOB7</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB7D</b>		
	<input type="checkbox"/> Midwife <b>AEOB8</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB8D</b>		
	<input type="checkbox"/> Nursing <b>AEOB9</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB9D</b>		
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEOB10</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB10D</b>		
	<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEOB11</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB11D</b>		
	<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEOB12</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB12D</b>		
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEOB13</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB13D</b>		
	<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEOB14</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB14D</b>		
	<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEOB15</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB15D</b>		
	<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEOB16</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB16D</b>		
	<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEOB17</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB17D</b>		
	<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEOB18</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOB18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOB18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOB18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB18D</b>		
	<input type="checkbox"/> Other <b>AEOB19</b> <i>(specify) AEOB19A</i>	<input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB20</b>		
<b>Contributing Factors to Adverse Event</b> <i>(select all that apply)</i>	<input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <b>AEOB24A</b> <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <b>AEOB24B</b> <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses <b>AEOB24C</b> <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <b>AEOB24D</b> <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <b>AEOB24E</b> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient's response) <b>AEOB24F</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOB24G</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AEOB24H</b> <i>(specify) AEOB24I</i>			

<b>Medical Procedure</b>	If 'Yes' to "Medical Procedure" Procedure Performed: <b>AEMEDP21</b>	
<b>Most Significant Event: (select one)</b> <b>AEMEDP22</b> <input type="checkbox"/> Technical problem (specify) <input type="checkbox"/> Bleeding – Major <input type="checkbox"/> Bleeding – Minor <input type="checkbox"/> Wound Infection <input type="checkbox"/> Non-wound Infection <input type="checkbox"/> Other wound problem - e.g. dehiscence (specify) <input type="checkbox"/> Anastomosis Leak <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolus <input type="checkbox"/> Cerebro-vascular Accident <input type="checkbox"/> Complementary/Alternative Medicines <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure <input type="checkbox"/> Deep Vein Thrombosis <input type="checkbox"/> Myocardial Infarction <input type="checkbox"/> Pneumonia <input type="checkbox"/> Other Events or Comments (specify <b>AEMEDP22P</b> )		
<b>Other Related Events: (select all that apply)</b> <input type="checkbox"/> Technical problem (specify) <b>AEMEDP23A</b> <input type="checkbox"/> Bleeding – Major <b>AEMEDP23B</b> <input type="checkbox"/> Bleeding – Minor <b>AEMEDP23C</b> <input type="checkbox"/> Wound Infection <b>AEMEDP23D</b> <input type="checkbox"/> Non-wound Infection <b>AEMEDP23E</b> <input type="checkbox"/> Other wound problem - e.g. dehiscence (specify) <b>AEMEDP23F</b> <input type="checkbox"/> Anastomosis Leak <b>AEMEDP23G</b> <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolus <b>AEMEDP23H</b> <input type="checkbox"/> Cerebro-vascular Accident <b>AEMEDP23I</b> <input type="checkbox"/> Complementary/Alternative Medicines <b>AEMEDP23J</b> <input type="checkbox"/> Congestive Heart Failure <b>AEMEDP23K</b> <input type="checkbox"/> Deep Vein Thrombosis <b>AEMEDP23L</b> <input type="checkbox"/> Myocardial Infarction <b>AEMEDP23M</b> <input type="checkbox"/> Pneumonia <b>AEMEDP23N</b> <input type="checkbox"/> Other Events or Comments <b>AEMEDP23O</b> (specify) <b>AEMEDP23P</b>		
<b>Other Procedure –related Problems?:</b> <b>AEMEDP24</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		If 'Yes' – Describe Event: <b>AEMEDP25</b>
<b>What processes of care contributed to the adverse event? (select all that apply)</b> <input type="checkbox"/> No apparent process of care contributed to the AE <b>AEMEDP26A</b> <input type="checkbox"/> Adequacy of informed consent e.g. alternatives to procedure <b>AEMEDP26B</b> <input type="checkbox"/> Delay in treatment <b>AEMEDP26C</b> <input type="checkbox"/> Inadequate monitoring/supervision of patient after procedure <b>AEMEDP26D</b> <input type="checkbox"/> Inappropriate or outmoded therapy used (specify) <b>AEMEDP26E</b> <input type="checkbox"/> Inefficacious procedure – failed to relieve symptoms <b>AEMEDP26F</b> <input type="checkbox"/> Patient inadequately prepared before procedure <b>AEMEDP26G</b> <input type="checkbox"/> Physicians or other professionals practicing outside area of expertise or beyond level of competence (specify) <b>AEMEDP26H</b> <input type="checkbox"/> Poor or failed communication <b>AEMEDP26I</b> <input type="checkbox"/> Surgical Injury <b>AEMEDP26J</b> <input type="checkbox"/> Other Events or Comments <b>AEMEDP26K</b> (specify) <b>AEMEDP26L</b>		
<b>Other Performance Errors:</b> <b>AEMEDP27</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		If 'Yes' – Describe Event: <b>AEMEDP28</b>
<b>Medical Procedure Performed By</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEMEDP1</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP1D</b>
	<input type="checkbox"/> Emergentology <b>AEMEDP2</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP2D</b>
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEMEDP3</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP3D</b>
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEMEDP4</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP4D</b>
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEMEDP5</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP5D</b>
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEMEDP6</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP6D</b>
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEMEDP7</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP7D</b>
	<input type="checkbox"/> Midwife <b>AEMEDP8</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP8D</b>
	<input type="checkbox"/> Nursing <b>AEMEDP9</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP9D</b>
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEMEDP10</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP10D</b>
	<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEMEDP11</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP11D</b>
	<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEMEDP12</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP12D</b>
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEMEDP13</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP13D</b>
	<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEMEDP14</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP14D</b>
	<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEMEDP15</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP15D</b>
	<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEMEDP16</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP16D</b>
	<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEMEDP17</b>	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP17D</b>



<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEMEDP18</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEMEDP18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEMEDP18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEMEDP18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP18D</b>
<input type="checkbox"/> Other <b>AEMEDP19</b> <i>(specify)</i> <b>AEMEDP19A</b>	<input type="checkbox"/> UTD <b>AEMEDP20</b>

*If Medical Procedure was not by a Fully Qualified Physician – Was there assistance or supervision for the trainee?* **AEMEDP29**  No  Yes  UTD

**Contributing Factors to Adverse Event**  
*(select all that apply)*

- Knowledge base - lack of knowledge **AEMEDP30A**  Rule based – did not check or follow protocol **AEMEDP30B**
- Skill based - slips or lapses **AEMEDP30C**  Technical error (procedure correct and indicated) **AEMEDP30D**
- Violation – deliberate disregard of rule or protocol **AEMEDP30E**
- No underlying cause (other than patient’s response) **AEMEDP30F**  UTD **AEMEDP30G**
- Other **AEMEDP30H** *(specify)* **AEMEDP30I**

<b>Drug/Fluid</b>	<i>If 'Yes' to "Drug/Fluid Related" Describe Clinical Context/Event:</i> <b>AEDRG21</b>
<b>Drug Category</b> <input type="checkbox"/> Drug Look Up List <b>AEDRG23</b>	<input type="checkbox"/> Anti-asthmatic agent <b>AEDRG22A</b> <input type="checkbox"/> Antibiotic <b>AEDRG22B</b> <input type="checkbox"/> Anticoagulant <b>AEDRG22C</b> <input type="checkbox"/> Anti-depressant <b>AEDRG22D</b> <input type="checkbox"/> Antihypertensive agent <b>AEDRG22E</b> <input type="checkbox"/> Antineoplastic agent <b>AEDRG22F</b> <input type="checkbox"/> Antiplatelet <b>AEDRG22G</b> <input type="checkbox"/> Antipsychotic agent <b>AEDRG22H</b> <input type="checkbox"/> Anti-seizure agent <b>AEDRG22I</b> <input type="checkbox"/> Cardiovascular agent <b>AEDRG22J</b> <input type="checkbox"/> Complementary/Alternative Medicines <b>AEDRG22K</b> <input type="checkbox"/> Diuretic <b>AEDRG22L</b> <input type="checkbox"/> Insulin or Oral Hypoglycemic <b>AEDRG22M</b> <input type="checkbox"/> Narcotic <b>AEDRG22N</b> <input type="checkbox"/> NSAID <b>AEDRG22O</b> <input type="checkbox"/> Peptic ulcer medication <b>AEDRG22P</b> <input type="checkbox"/> Potassium <b>AEDRG22Q</b> <input type="checkbox"/> Sedative or Hypnotic <b>AEDRG22R</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AEDRG22S</b> <i>(specify)</i> <b>AEDRG22T</b>
<b>Generic Name:</b>	
<b>Most Important Contributing Factor to Drug/Fluid injury?:</b> <b>AEDRG24</b> <i>(select most important)</i> <input type="checkbox"/> Allergic Reaction <input type="checkbox"/> Delay in Administering <input type="checkbox"/> Delay in Prescribing <input type="checkbox"/> Drug-Drug interaction <input type="checkbox"/> Fluid Volume Deficiency <input type="checkbox"/> Fluid Volume Excess <input type="checkbox"/> Inadequate monitoring <input type="checkbox"/> Problem with written drug order <input type="checkbox"/> Wrong Dose <input type="checkbox"/> Wrong Drug <input type="checkbox"/> Wrong Duration of Therapy <input type="checkbox"/> Wrong Route <input type="checkbox"/> Wrong Time <input type="checkbox"/> Wrong Duration of Therapy <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient’s response) <input type="checkbox"/> Other <i>(specify)</i> : <b>AEDRG24P</b>	
<b>Other Important Contributing Factors to Drug/Fluid injury?:</b> <i>(select all that apply)</i> <input type="checkbox"/> No Other Contributing Factors <b>AEDRG25A</b> <input type="checkbox"/> Allergic Reaction <b>AEDRG25B</b> <input type="checkbox"/> Delay in Administering <b>AEDRG25C</b> <input type="checkbox"/> Delay in Prescribing <b>AEDRG25D</b> <input type="checkbox"/> Drug-Drug interaction <b>AEDRG25E</b> <input type="checkbox"/> Fluid Volume Deficiency <b>AEDRG25F</b> <input type="checkbox"/> Fluid Volume Excess <b>AEDRG25G</b> <input type="checkbox"/> Inadequate monitoring <b>AEDRG25H</b> <input type="checkbox"/> Problem with written drug order <b>AEDRG25I</b> <input type="checkbox"/> Wrong Dose <b>AEDRG25J</b> <input type="checkbox"/> Wrong Drug <b>AEDRG25K</b> <input type="checkbox"/> Wrong Duration of Therapy <b>AEDRG25L</b> <input type="checkbox"/> Wrong Route <b>AEDRG25M</b> <input type="checkbox"/> Wrong Time <b>AEDRG25N</b> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient’s response) <b>AEDRG25O</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AEDRG25P</b> <i>(specify)</i> : <b>AEDRG25Q</b>	
<b>Other Drug Treatment Errors?:</b> <b>AEDRG26</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If 'Yes' – Generic Name:</i> <b>AEDRG27</b>
<b>Side Effect:</b> <b>AEDRG28</b>	
<b>Drug/Fluid Related Injury Performed By:</b> <i>(select all that apply)</i>	<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEDRG1</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG1D</b> <input type="checkbox"/> Emergology <b>AEDRG2</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG2D</b> <input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEDRG3</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG3D</b> <input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEDRG4</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG4D</b> <input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEDRG5</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG5D</b> <input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEDRG6</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG6D</b> <input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEDRG7</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG7D</b> <input type="checkbox"/> Midwife <b>AEDRG8</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG8D</b> <input type="checkbox"/> Nursing <b>AEDRG9</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG9D</b> <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEDRG10</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG10D</b> <input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEDRG11</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG11D</b> <input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEDRG12</b> <i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG12D</b>

<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEDRG13</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG13D</b>
<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEDRG14</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG14D</b>
<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEDRG15</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG15D</b>
<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEDRG16</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG16D</b>
<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEDRG17</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG17D</b>
<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEDRG18</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEDRG18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEDRG18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEDRG18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG18D</b>
<input type="checkbox"/> Other <b>AEDRG19</b> <i>(specify) AEDRG19A</i>	<input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG20</b>
<b>Contributing Factors to Adverse Event</b> <i>(select all that apply)</i>	<input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <b>AEDRG29A</b> <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <b>AEDRG29B</b> <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses <b>AEDRG29C</b> <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <b>AEDRG29D</b> <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <b>AEDRG29E</b> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient's response) <b>AEDRG29F</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEDRG29G</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AEDRG29H</b> <i>(specify) AEDRG29I</i>
<b>Were there any errors in administration of Fluids or Electrolytes?</b> <b>AEDRG30</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<i>If 'Yes' - Describe Clinical Event:</i> <b>AEDRG31</b>

<b>Other Clinical Management</b>	<i>If 'Yes' to 'Other Clinical Management' – Describe Clinical Context/Event:</i> <b>AEOTHCM21</b>
<b>Clinical Management Error Performed By:</b> <i>(select all that apply)</i>	
<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AEOTHCM1</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM1D</b>
<input type="checkbox"/> Emergology <b>AEOTHCM2</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM2D</b>
<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AEOTHCM3</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM3D</b>
<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AEOTHCM4</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM4D</b>
<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AEOTHCM5</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM5D</b>
<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AEOTHCM6</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM6D</b>
<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AEOTHCM7</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM7D</b>
<input type="checkbox"/> Midwife <b>AEOTHCM8</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM8D</b>
<input type="checkbox"/> Nursing <b>AEOTHCM9</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM9D</b>
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AEOTHCM10</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM10D</b>
<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AEOTHCM11</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM11D</b>
<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AEOTHCM12</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM12D</b>
<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AEOTHCM13</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM13D</b>
<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AEOTHCM14</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM14D</b>
<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AEOTHCM15</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM15D</b>
<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AEOTHCM16</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM16D</b>
<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AEOTHCM17</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM17D</b>

	<input type="checkbox"/> Social Work <b>AEOTHCM18</b>	If 'Yes' – <b>Level of Experience:</b> ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student <b>AEOTHCM18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AEOTHCM18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AEOTHCM18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM18D</b>	
	<input type="checkbox"/> Other <b>AEOTHCM19</b> (specify) <b>AEOTHCM19A</b>		<input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM20</b>
<b>Contributing Factors to Adverse Event</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> Knowledge base - lack of knowledge <b>AEOTHCM22A</b> <input type="checkbox"/> Rule based – did not check or follow protocol <b>AEOTHCM22B</b> <input type="checkbox"/> Skill based - slips or lapses <b>AEOTHCM22C</b> <input type="checkbox"/> Technical error (procedure correct and indicated) <b>AEOTHCM22D</b> <input type="checkbox"/> Violation – deliberate disregard of rule or protocol <b>AEOTHCM22E</b> <input type="checkbox"/> No underlying cause (other than patient’s response) <b>AEOTHCM22F</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AEOTHCM22G</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AEOTHCM22H</b> (specify) <b>AEOTHCM22I</b>		
<b>How was clinical management unsatisfactory?</b>			
<input type="checkbox"/> 1. No apparent unsatisfactory clinical management <b>AEOTHCM23A</b> <input type="checkbox"/> 2. Failure to take note of 'routine' observations e.g. Vital Signs, neurological assessment, fluid balance (check if charts completed) <b>AEOTHCM23B</b> <input type="checkbox"/> 3. Delay in noting lab/test results <b>AEOTHCM23C</b> <input type="checkbox"/> 4. Not aware of significance of lab/test results <b>AEOTHCM23D</b> <input type="checkbox"/> 5. Failure to act appropriately on lab/test results <b>AEOTHCM23E</b> <input type="checkbox"/> 6. Poor note-keeping <b>AEOTHCM23F</b> <input type="checkbox"/> 7. Inadequate handover <b>AEOTHCM23G</b> <input type="checkbox"/> 8. Lack of liaison with other staff <b>AEOTHCM23H</b> <input type="checkbox"/> 9. Inadequate 'out-of-hours' cover/working practice <b>AEOTHCM23I</b> <input type="checkbox"/> 10. Guideline/ protocol failure (either not available or not followed) <b>AEOTHCM23J</b> (specify) __ <b>AEOTHCM23J_1</b> __ <input type="checkbox"/> 11. Apparent failure to recognize deterioration <b>AEOTHCM23K</b> <input type="checkbox"/> 12. Deterioration recognized but additional care not provided ( e.g. ICU) <b>AEOTHCM23L</b> (specify) __ <b>AEOTHCM23L_1</b> __ <input type="checkbox"/> 13. Failure to recruit help: <b>AEOTHCM23M</b> <input type="radio"/> Medical <b>AEOTHCM23M_1</b> <input type="radio"/> Nursing <b>AEOTHCM23M_2</b> <input type="radio"/> Other <b>AEOTHCM23M_3</b> (specify) __ <b>AEOTHCM23M_4</b> __ <input type="checkbox"/> 14. Other <b>AEOTHCM23N</b> (specify) <b>AEOTHCM23O</b> _____			

Adverse Event Not Covered Elsewhere		If 'Yes' to "Adverse Event not Covered Elsewhere" – Describe Clinical Context/Event: AENCE21
<b>A.E. Not Covered Elsewhere Performed By:</b> (select all that apply)	<input type="checkbox"/> Anaesthesia AENCE1	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE1A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE1B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE1C <input type="checkbox"/> UTD AENCE1D
	<input type="checkbox"/> Emergentology AENCE2	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE2A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE2B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE2C <input type="checkbox"/> UTD AENCE2D
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service AENCE3	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE3A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE3B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE3C <input type="checkbox"/> UTD AENCE3D
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med AENCE4	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE4A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE4B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE4C <input type="checkbox"/> UTD AENCE4D
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service AENCE5	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE5A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE5B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE5C <input type="checkbox"/> UTD AENCE5D
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery AENCE6	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE6A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE6B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE6C <input type="checkbox"/> UTD AENCE6D
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service AENCE7	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE7A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE7B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE7C <input type="checkbox"/> UTD AENCE7D
	<input type="checkbox"/> Midwife AENCE8	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE8A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE8B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE8C <input type="checkbox"/> UTD AENCE8D
	<input type="checkbox"/> Nursing AENCE9	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE9A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE9B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE9C <input type="checkbox"/> UTD AENCE9D
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner AENCE10	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE10A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE10B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE10C <input type="checkbox"/> UTD AENCE10D
	<input type="checkbox"/> Nutritionist AENCE11	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE11A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE11B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE11C <input type="checkbox"/> UTD AENCE11D
	<input type="checkbox"/> Obstetrics AENCE12	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE12A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE12B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE12C <input type="checkbox"/> UTD AENCE12D
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist AENCE13	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE13A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE13B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE13C <input type="checkbox"/> UTD AENCE13D
	<input type="checkbox"/> Orthopedics AENCE14	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE14A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE14B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE14C <input type="checkbox"/> UTD AENCE14D
	<input type="checkbox"/> Pharmacist AENCE15	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE15A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE15B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE15C <input type="checkbox"/> UTD AENCE15D
	<input type="checkbox"/> Physiotherapy AENCE16	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE16A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE16B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE16C <input type="checkbox"/> UTD AENCE16D
	<input type="checkbox"/> Speech Therapy AENCE17	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE17A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE17B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE17C <input type="checkbox"/> UTD AENCE17D
	<input type="checkbox"/> Social Work AENCE18	If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply) <input type="checkbox"/> Student AENCE18A <input type="checkbox"/> Resident/Fellow AENCE18B <input type="checkbox"/> Fully Qualified AENCE18C <input type="checkbox"/> UTD AENCE18D
	<input type="checkbox"/> Other AENCE19 (specify) AENCE19A	<input type="checkbox"/> UTD AENCE20

System Event	If 'Yes' to "System Event"...	
<b>Source of Adverse Event</b>	<b>AESE24</b> Defective equipment or supplies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE24D</b>
	<b>AESE25</b> Equipment or Supplies not available <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE25D</b>
	<b>AESE26</b> Inadequate reporting or communication <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE26D</b>
	<b>AESE27</b> Inadequate training or supervision of doctors or other personnel <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE27D</b>
	<b>AESE28</b> Delay in provision or scheduling of services e.g. tests, x-rays, follow-up <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE28D</b>
	<b>AESE29</b> Inadequate staffing <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE29D</b>
	<b>AESE30</b> Inadequate functioning of hospital services e.g. pharmacy, blood bank, housekeeping <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE30D</b>
	<b>AESE31</b> No protocol/policy or failure to implement protocol or plan <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE31D</b>
	<b>AESE32</b> Lack of teamwork <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE32D</b>
	<b>AESE33</b> Patient Factors e.g., non-adherence <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE33D</b>
	<b>AESE34</b> Inadequate discharge planning for continuity of care <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> UTD	If 'Yes' – Describe Problem: <b>AESE34D</b>
	If 'Yes' – Type of discharge planning failure: <input type="checkbox"/> Failure to educate patient including use of protocols e.g. asthma, CHF, diabetes etc. <b>AESE35A</b> <input type="checkbox"/> Failure to assess patient immediately pre-discharge e.g. status, medications, mobility etc. <b>AESE35B</b> <input type="checkbox"/> Failure to show evidence that discharge status was appropriate to home conditions educate e.g. careplan <b>AESE35C</b> <input type="checkbox"/> Failure to communicate with Family Doctor <b>AESE35D</b> <input type="checkbox"/> Failure to liaise adequately with community care staff <b>AESE35E</b> <input type="checkbox"/> Other <b>AESE35F</b> (specify) <b>AESE35G</b>	
	<b>Other System Events:</b> <b>AESE36</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	If 'Yes' – Describe Event: <b>AESE37</b>

<p><b>Groups most involved in System Error:</b> (select all that apply)</p>	<input type="checkbox"/> Anaesthesia <b>AESE1</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE1A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE1B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE1C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE1D</b>
	<input type="checkbox"/> Emergentology <b>AESE2</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE2A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE2B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE2C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE2D</b>
	<input type="checkbox"/> Family Physician Service <b>AESE3</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE3A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE3B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE3C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE3D</b>
	<input type="checkbox"/> Gen. Internal Med <b>AESE4</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE4A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE4B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE4C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE4D</b>
	<input type="checkbox"/> Internist – other subspecialty Service <b>AESE5</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE5A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE5B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE5C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE5D</b>
	<input type="checkbox"/> Gen. Surgery <b>AESE6</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE6A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE6B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE6C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE6D</b>
	<input type="checkbox"/> Surgeon – other subspecialty Service <b>AESE7</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE7A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE7B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE7C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE7D</b>
	<input type="checkbox"/> Midwife <b>AESE8</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE8A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE8B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE8C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE8D</b>
	<input type="checkbox"/> Nursing <b>AESE9</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE9A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE9B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE9C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE9D</b>
	<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner <b>AESE10</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE10A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE10B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE10C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE10D</b>
	<input type="checkbox"/> Nutritionist <b>AESE11</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE11A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE11B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE11C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE11D</b>
	<input type="checkbox"/> Obstetrics <b>AESE12</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE12A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE12B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE12C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE12D</b>
	<input type="checkbox"/> Occupational Therapist <b>AESE13</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE13A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE13B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE13C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE13D</b>
	<input type="checkbox"/> Orthopedics <b>AESE14</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE14A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE14B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE14C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE14D</b>
	<input type="checkbox"/> Pharmacist <b>AESE15</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE15A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE15B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE15C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE15D</b>
	<input type="checkbox"/> Physiotherapy <b>AESE16</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE16A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE16B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE16C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE16D</b>
	<input type="checkbox"/> Speech Therapy <b>AESE17</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE17A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE17B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE17C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE17D</b>
	<input type="checkbox"/> Social Work <b>AESE18</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience: ( all that apply)</i> <input type="checkbox"/> Student <b>AESE18A</b> <input type="checkbox"/> Resident/Fellow <b>AESE18B</b> <input type="checkbox"/> Fully Qualified <b>AESE18C</b> <input type="checkbox"/> UTD <b>AESE18D</b>
	<input type="checkbox"/> Hospital Administrator <b>AESE19</b>	<i>If 'Yes' – Level of Experience:</i> <input type="checkbox"/> ≥ Vice President <b>AESE19A</b> <input type="checkbox"/> < Vice President <b>AESE19B</b>
	<input type="checkbox"/> Patient/Family <b>AESE20</b>	
	<input type="checkbox"/> No individual actions associated with event <b>AESE21</b>	
<input type="checkbox"/> Other <b>AESE22</b> (specify) <b>AESE22A</b>	<input type="checkbox"/> UTD <b>AESE23</b>	



**Contributing Factors**

*The occurrence of an adverse event, and the actions or omissions of those involved, may be influenced by many contributory factors. Many of these could only be assessed satisfactorily by interviewing the staff involved in the care of the patient. Please indicate, where possible, likely causative factors.*

**1. Patient characteristics**

- 1.1 **CONFAC1\_1** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 1.2 **CONFAC1\_2** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 1.3 **CONFAC1\_3** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 1.4 **CONFAC1\_4**Other patient characteristics (specify) \_\_\_\_\_ **CONFAC1\_4** \_\_\_\_\_  
UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very

**2. Task factors**

- 2.1 **CONFAC2\_1** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 2.2 **CONFAC2\_2** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 2.3 **CONFAC2\_3** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 2.4 **CONFAC2\_4** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 2.5 **CONFAC2\_5** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 2.6 **CONFAC2\_6**Other task factors (specify) \_\_\_\_\_ **CONFAC2\_6** \_\_\_\_\_  
UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very

**3. Individual factors**

- 3.1 **CONFAC3\_1** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 3.2 **CONFAC3\_2** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 3.3 **CONFAC3\_3** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 3.4 **CONFAC3\_4** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 3.5 **CONFAC3\_5**Other individual staff factors (specify) \_\_\_\_\_ **CONFAC3\_5** \_\_\_\_\_  
UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very

**4. Team factors**

- 4.1 **CONFAC4\_1** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 4.2 **CONFAC4\_2** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 4.3 **CONFAC4\_3** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 4.4 **CONFAC4\_4** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 4.5 **CONFAC4\_5** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 4.6 **CONFAC4\_6**Other team factors (specify) \_\_\_\_\_ **CONFAC4\_6** \_\_\_\_\_  
UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very

**5. Work environment**

- 5.1 **CONFAC5\_1** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 5.2 **CONFAC5\_2** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 5.3 **CONFAC5\_3** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 5.4 **CONFAC5\_4** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 5.5 **CONFAC5\_5**Other work environmental factors (specify) \_\_\_\_\_ **CONFAC5\_5** \_\_\_\_\_  
UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very

**6. Organisational/Management factors**

- 6.1 **CONFAC6\_1** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 6.2 **CONFAC6\_2** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 6.3 **CONFAC6\_3** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 6.4 **CONFAC6\_4** UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very
- 6.5 **CONFAC6\_5**Other organisational/management factors (specify) \_\_\_\_\_ **CONFAC6\_5** \_\_\_\_\_  
UTD  Unlikely  Possibly Relevant  Somewhat Relevant Very

<b>Preventability:</b>	
<b>Is there a consensus about diagnosis regarding this case? PREV1</b> <input type="checkbox"/> A great deal <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> Very little <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> N/A	<b>Is there a consensus about the health care management in this case? PREV2</b> <input type="checkbox"/> A great deal <input type="checkbox"/> Some <input type="checkbox"/> Very little <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> N/A
<b>How complex was this case? PREV3</b> <input type="checkbox"/> Very complex <input type="checkbox"/> Moderately complex <input type="checkbox"/> Somewhat complex <input type="checkbox"/> Not Complex <input type="checkbox"/> UTD	
<b>Was the management of the Primary illness (Not A.E.) appropriate?: PREV4</b> <input type="checkbox"/> Definitely appropriate <input type="checkbox"/> Probably appropriate <input type="checkbox"/> Possibly inappropriate <input type="checkbox"/> Definitely inappropriate	
<b>What was the degree of deviation of management of the Primary illness (Not A.E.) from the accepted norm?: PREV5</b> <input type="checkbox"/> Severe <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Little <input type="checkbox"/> None	
<b>What was the co-morbidity of the Patient ? PREV6</b> <input type="checkbox"/> Significant co-morbidity <input type="checkbox"/> Moderate Co-morbidity <input type="checkbox"/> Mild or No co-morbidity	<b>What was the degree of emergency in management of the Primary illness (Not A.E.) prior to the occurrence of adverse event?: PREV7</b> <input type="checkbox"/> Critical and very urgent <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Not urgent
<b>What potential benefit was associated with the management of the illness which led to the Adverse Event?:PREV8</b> <input type="checkbox"/> Life-saving <input type="checkbox"/> Important in management of overall illness, e.g. hip replacement for osteoarthritis (major quality of life) <input type="checkbox"/> Management for comfort rather than treatment for overall illness – (minor quality of life) <input type="checkbox"/> No potential benefit	
<b>What was the chance of benefit associated with the management of the illness which led to the Adverse Event?: PREV9</b> <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Not applicable	
<b>What was the risk of an adverse event related to the management ? : PREV10</b> <input type="checkbox"/> High <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Not applicable	
<b>Is the injury/complication a recognized complication? PREV11</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	
<b>What percentage of patients like this would be expected to have this complication? PREV12</b> <input type="checkbox"/> UTD <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> <1% <input type="checkbox"/> 1-9% <input type="checkbox"/> 10-24% <input type="checkbox"/> ≥25%	
<b>On reflection, would a reasonable doctor or health professional repeat this health care management strategy again?: PREV13</b> <input type="checkbox"/> Definitely <input type="checkbox"/> Probably <input type="checkbox"/> Probably not <input type="checkbox"/> Definitely not	
<b>Was there a comment in the medical records indicating a need for follow-up as a result of this Adverse Event? (select all that apply):</b> <input type="radio"/> No PREV14A <input type="radio"/> Counseling PREV14B <input type="radio"/> Psychiatric PREV14C <input type="radio"/> Rehabilitation PREV14D <input type="radio"/> Routine Clinical PREV14E <input type="radio"/> Other PREV14F (specify): PREV14G <input type="checkbox"/> UTD PREV14H	<b>Did the patient have any follow-up as a result of this Adverse Event? : (select all that apply):</b> <input type="radio"/> No PREV15A <input type="radio"/> Counseling PREV15B <input type="radio"/> Psychiatric PREV15C <input type="radio"/> Rehabilitation PREV15D <input type="radio"/> Routine Clinical PREV15E <input type="radio"/> Other PREV15F (specify): PREV15G <input type="checkbox"/> UTD PREV15H
<b>Rate on a 6 point scale your confidence in the evidence for preventability: PREV16</b> <input type="checkbox"/> i. Virtually no evidence for preventability <i>If you Select "i.Virtually No Evidence" for preventability – Go to "Medical Record Documentation"</i> <input type="checkbox"/> ii. Slight to modest evidence for preventability <input type="checkbox"/> iii. Preventability not quite likely; less than 50-50 but close call. <input type="checkbox"/> iv. Preventability more than likely; more than 50-50 but close call. <input type="checkbox"/> v. Strong evidence for preventability <input type="checkbox"/> vi. Virtually certain evidence for preventability	
<b>If "ii. slight" to "vi. Certain" evidence for preventability – Respond to All of the Following</b> <b>Describe the manner in which the Adverse Event was preventable, including any efforts or strategies that could have prevented it, in this instance: PREV17</b>	
<b>What was the reason for the failure to prevent?:</b> <input type="checkbox"/> i. Failure to take adequate history or physical examination PREV18A <input type="checkbox"/> vii. Delay in treatment PREV18G <input type="checkbox"/> ii. Failure to take precautions to prevent accidental injury PREV18B <input type="checkbox"/> viii. Physician or other professional practicing outside area of expertise PREV18G <input type="checkbox"/> iii. Failure to check equipment, drugs, etc. PREV18C <input type="checkbox"/> ix. Failure to make a differential diagnosis PREV18I <input type="checkbox"/> iv. Failure to employ indicated tests PREV18D <input type="checkbox"/> x. Failure to base management on clearly defined reasons PREV18J <input type="checkbox"/> v. Failure to act on results of the findings or tests PREV18E <input type="checkbox"/> xi. Failure to obtain adequate help PREV18K <input type="checkbox"/> vi. Use of inappropriate or outmoded diagnostic tests PREV18F <input type="checkbox"/> xii. Other prevention error PREV18L (specify) PREV18M:	
<b>In the final analysis, was this an error of omission or commission? (select most responsible) PREV19</b> <input type="checkbox"/> Omission <input type="checkbox"/> Commission	
<b>Which areas should have efforts directed to prevent recurrence?</b> <input type="checkbox"/> i. Communication PREV20A <input type="checkbox"/> vi. Resources PREV20F <input type="checkbox"/> ii. Credentialing PREV20B <input type="checkbox"/> vii. Retraining PREV20G <input type="checkbox"/> iii. Education PREV20C <input type="checkbox"/> viii. System PREV20H <input type="checkbox"/> iv. Quality assurance/Peer review PREV20D <input type="checkbox"/> ix. Other PREV20I (specify): PREV20J <input type="checkbox"/> v. Record keeping PREV20E	



<b>Reviewer’s Judgements:</b>	
Does the Reviewer want a Specialist review?: <b>RJ1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
If ‘Yes’ – Which Specialty (select all that apply)?: <input type="checkbox"/> Medical <b>RJ2A</b> <input type="checkbox"/> Surgical <b>RJ2B</b>	
Medical Specialist (select all that apply): <input type="checkbox"/> Cardiology <b>RJ3A</b> <input type="checkbox"/> Dermatology <b>RJ3B</b> <input type="checkbox"/> Endocrinology <b>RJ3C</b> <input type="checkbox"/> Gastroenterology <b>RJ3D</b> <input type="checkbox"/> Neurology <b>RJ3E</b> <input type="checkbox"/> Nephrology <b>RJ3F</b> <input type="checkbox"/> Psychiatry <b>RJ3G</b> <input type="checkbox"/> Respiriology <b>RJ3H</b> <input type="checkbox"/> Rheumatology <b>RJ3I</b> <input type="checkbox"/> Other <b>RJ3J</b> (specify) <b>RJ3K</b>	Surgical Specialist (select all that apply): <input type="checkbox"/> Cardiovascular <b>RJ4A</b> <input type="checkbox"/> ENT <b>RJ4B</b> <input type="checkbox"/> General <b>RJ4C</b> <input type="checkbox"/> Gynecology <b>RJ4D</b> <input type="checkbox"/> Neurosurgery <b>RJ4E</b> <input type="checkbox"/> Orthopedics <b>RJ4F</b> <input type="checkbox"/> Plastic <b>RJ4G</b> <input type="checkbox"/> Thoracic <b>RJ4H</b> <input type="checkbox"/> Urology <b>RJ4I</b> <input type="checkbox"/> Vascular <b>RJ4J</b> <input type="checkbox"/> Other <b>RJ4K</b> (specify) <b>RJ4L</b>
Clinical question for Specialist #1 (repeat for each specialist)	
Specialist #1 Response (repeat for each specialist)	
Impact of Specialist #1’s Response on Reviewer’s Opinion (repeat for each specialist)	
Display original “Injury” opinion – Has the Reviewer’s opinion about “Injury” changed? <b>RJCARD1</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If ‘Yes’ submit Reviewer’s Revised ‘Injury’ opinion (saving original)	
Display original “Disability” opinion – Has the Reviewer’s opinion about “Disability” changed? <b>RJCARD2</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If ‘Yes’ submit Reviewer’s Revised ‘Disability’ opinion (saving original)	
Display original “Causation” opinion – Has the Reviewer’s opinion about “Causation” changed? <b>RJCARD3</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If ‘Yes’ submit Reviewer’s Revised ‘Causation’ opinion (saving original)	
Display original “Preventability” opinion – Has the Reviewer’s opinion about “Preventability” changed? <b>RJCARD4</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If ‘Yes’ submit Reviewer’s Revised ‘Preventability’ opinion (saving original)	
<b>Injury (First Opinion)</b>	Did the patient sustain an unintended injury or complication? <b>RJCARD_INJ1</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Almost Injured
<b>Injury (New Opinion)</b>	Did the patient sustain an unintended injury or complication? <b>RJCARD_INJ2</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Almost Injured
<b>Disability (First Opinion)</b>	<b>Did the injury or complication result in</b> (select all that apply) <input type="radio"/> Disability at the time of discharge <b>RJCARD_DIS1-A</b> <input type="radio"/> Prolonged hospital stay <b>RJCARD_DIS1-B</b> <input type="radio"/> Subsequent hospitalization after Index Admission <b>RJCARD_DIS1-C</b> <input type="radio"/> Death <b>RJCARD_DIS1-D</b> <input type="checkbox"/> Intervention or treatment without sequellae listed above <b>RJCARD_DIS1-E</b> <input type="checkbox"/> Outpatient Visits <b>RJCARD_DIS1-F</b> <input type="checkbox"/> None of the above (No AE) <b>RJCARD_DIS1-G</b>
<b>Disability (New Opinion)</b>	<b>Did the injury or complication result in</b> (select all that apply) <input type="radio"/> Disability at the time of discharge <b>RJCARD_DIS2-A</b> <input type="radio"/> Prolonged hospital stay <b>RJCARD_DIS2-B</b> <input type="radio"/> Subsequent hospitalization after Index Admission <b>RJCARD_DIS2-C</b> <input type="radio"/> Death <b>RJCARD_DIS2-D</b> <input type="checkbox"/> Intervention or treatment without sequellae listed above <b>RJCARD_DIS2-E</b> <input type="checkbox"/> Outpatient Visits <b>RJCARD_DIS2-F</b> <input type="checkbox"/> None of the above (No AE) <b>RJCARD_DIS2-G</b>
<b>Causation (First Opinion)</b>	<b>In your best judgement, is there evidence that healthcare management caused the patient’s injury? In answering this question, and when relevant, consider the following questions and complete (select all that apply)</b>
After due consideration of the clinical details of the patient’s management, <i>irrespective of preventability</i> , and your response to the questions above – <b>What level of confidence do you have that the HEALTH CARE MANAGEMENT caused the injury? (choose one)</b> <b>RJCARD_CAUS1</b> <input type="checkbox"/> i) Virtually no evidence for management causation (No AE – STOP Review) <input type="checkbox"/> iv) Management causation more likely; more than 50/50 but close call <input type="checkbox"/> ii) Slight to modest evidence for management causation <input type="checkbox"/> v) Moderate to strong evidence for management causation <input type="checkbox"/> iii) Management causation not likely; less than 50/50 but close call <input type="checkbox"/> vi) Virtually certain evidence for management causation	
<b>Causation (New Opinion)</b>	<b>In your best judgement, is there evidence that healthcare management caused the patient’s injury? In answering this question, and when relevant, consider the following questions and complete (select all that apply)</b>
After due consideration of the clinical details of the patient’s management, <i>irrespective of preventability</i> , and your response to the questions above – <b>What level of confidence do you have that the HEALTH CARE MANAGEMENT caused the injury? (choose one)</b> <b>RJCARD_CAUS2</b> <input type="checkbox"/> i) Virtually no evidence for management causation (No AE – STOP Review) <input type="checkbox"/> iv) Management causation more likely; more than 50/50 but close call <input type="checkbox"/> ii) Slight to modest evidence for management causation <input type="checkbox"/> v) Moderate to strong evidence for management causation <input type="checkbox"/> iii) Management causation not likely; less than 50/50 but close call <input type="checkbox"/> vi) Virtually certain evidence for management causation	
<b>Preventability (First Opinion)</b>	<b>Rate on a 6 point scale your confidence in the evidence for preventability:</b> <b>RJCARD_PREV1</b> <input type="checkbox"/> i. Virtually no evidence for preventability <input type="checkbox"/> ii. Slight to modest evidence for preventability <input type="checkbox"/> iii. Preventability not quite likely; less than 50-50 but close call. <input type="checkbox"/> iv. Preventability more than likely; more than 50-50 but close call. <input type="checkbox"/> v. Strong evidence for preventability <input type="checkbox"/> vi. Virtually certain evidence for preventability

<b>Preventability (New Opinion)</b>	<p>Rate on a 6 point scale your confidence in the evidence for preventability: <b>RJCARD_PREV2</b></p> <p><input type="checkbox"/> i. Virtually no evidence for preventability</p> <p><input type="checkbox"/> ii. Slight to modest evidence for preventability</p> <p><input type="checkbox"/> iii. Preventability not quite likely; less than 50-50 but close call.</p> <p><input type="checkbox"/> iv. Preventability more than likely; more than 50-50 but close call.</p> <p><input type="checkbox"/> v. Strong evidence for preventability</p> <p><input type="checkbox"/> vi. Virtually certain evidence for preventability</p>
---	--

<b>Use variable names as indicated above replacing underlined letters with the appropriate short form (see below):</b>	
<p><b>Medical Specialist (select all that apply):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cardiology <b>CARD</b>   <input type="checkbox"/> Dermatology <b>DERM</b>   <input type="checkbox"/> Endocrinology <b>ENDO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterology <b>GI</b>   <input type="checkbox"/> Neurology <b>NEURO</b>   <input type="checkbox"/> Nephrology <b>NEPH</b></p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatry <b>PSYCH</b>   <input type="checkbox"/> Respirology <b>RESP</b>   <input type="checkbox"/> Rheumatology <b>RHEU</b></p> <p><input type="checkbox"/> Other <b>MEDOTH</b></p>	<p><b>Surgical Specialist (select all that apply):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cardiovascular <b>CVS</b>   <input type="checkbox"/> ENT <b>ENT</b>   <input type="checkbox"/> General <b>GENSURG</b></p> <p><input type="checkbox"/> Gynecology <b>GYN</b>   <input type="checkbox"/> Neurosurgery <b>NEUROSURG</b></p> <p><input type="checkbox"/> Orthopedics <b>ORTHO</b>   <input type="checkbox"/> Plastic <b>PLAST</b>   <input type="checkbox"/> Thoracic <b>THOR</b></p> <p><input type="checkbox"/> Urology <b>UROL</b>   <input type="checkbox"/> Vascular <b>VASC</b>   <input type="checkbox"/> Other <b>SRGOTH</b></p>

<p>Comments (one box for all comments re Specialist Questions): <b>RJOTHCMT</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

<b>Medical Record Documentation:</b>	
<p><b>In what areas was the medical record unable to provide answers to questions in this form?:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Does Not Apply <b>MRD1A</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medical record inadequate or incomplete <b>MRD1B</b></p> <p><input type="checkbox"/> Initial clinical assessment not clearly described <b>MRD1C</b></p> <p><input type="checkbox"/> Clinical progress notes inadequate or incomplete <b>MRD1D</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nursing/Midwifery notes fail to describe Adverse Event and associated factors <b>MRD1E</b></p> <p><input type="checkbox"/> Notes on procedure related to AE inadequate <b>MRD1F</b></p> <p><input type="checkbox"/> Reports not available or incomplete <b>MRD1G</b></p> <p><input type="checkbox"/> Discharge summary not available or inadequate <b>MRD1H</b></p> <p><input type="checkbox"/> Other <b>MRD1I</b> (specify) <b>MRD1J</b></p>	<p><b>Were the medical notes for the index admission satisfactory?:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Very clear and well structured <b>MRD2A</b></p> <p><input type="checkbox"/> Reasonably clear and well structured; no serious deficits <b>MRD2B</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fairly clear and well structured, but some obvious deficits <b>MRD2C</b></p> <p><input type="checkbox"/> Poor quality <b>MRD2D</b> (specify): <b>MRD2E</b></p> <hr/> <p><b>What was the overall standard of medical records?:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Records were filed in a clear sequence. Easy to abstract. <b>MRD3A</b></p> <p><input type="checkbox"/> Records of clinical progress (in wards and clinics) were clear. <b>MRD3B</b></p> <p><input type="checkbox"/> Filing of back-up data and correspondence was patchy. <b>MRD3C</b></p> <p><input type="checkbox"/> Records were chaotic and difficult to abstract. <b>MRD3D</b></p>
<p><b>Give details of any defects of notes</b></p> <p><input type="checkbox"/> No definite defects <b>MRD4A</b> <input type="checkbox"/> Lack of chronological filing <b>MRD4B</b> <input type="checkbox"/> Lack of clarity regarding assessment/decisions <b>MRD4C</b></p> <p><input type="checkbox"/> Correspondence not in date order <b>MRD4D</b> <input type="checkbox"/> No sheet giving list of active problems <b>MRD4E</b> <input type="checkbox"/> Inadequate discharge plan <b>MRD4F</b></p> <p><input type="checkbox"/> Other <b>MRD4G</b>(specify) <b>MRD4H</b></p>	

<b>Comments:</b>

<b>Save + Close – Awaiting more information:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>If ‘Yes’ – Option:</i> <input type="checkbox"/> Enter New Patient <input type="checkbox"/> Return to Main Menu
--	--	---

<b>Data Entry Complete:</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>If ‘Yes’ – Option:</i> <input type="checkbox"/> Enter New Patient <input type="checkbox"/> Return to Main Menu
-----------------------------	--	---



## **ANNEXE 2**

**BRÈVE DESCRIPTION CLINIQUE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES  
CLASSÉS SELON LEUR CARACTÈRE ÉVITABLE**



## **Brève description clinique des événements indésirables classés selon leur caractère évitable<sup>1</sup>**

### ***Niveau 6 : Pratiquement certain que c'était évitable***

- 1 Delirium causé par l'administration de Benzodiazépine à un patient avec une encéphalopathie hépatique.
- 2 IM suite au transfert retardé d'un patient avec une angine instable par manque de lit dans l'hôpital où référé.
- 3 Séjour hospitalier prolongé parce que les instruments nécessaires à la pose d'un pacemaker n'étaient pas disponibles.
- 4 Insuffisance surrénalienne secondaire à l'arrêt de la corticothérapie au cours de l'hospitalisation d'un patient cortico-dépendant.
- 5 Calcul biliaire résiduel dans le canal biliaire après une cholécystectomie
- 6 Récidives d'une pancréatite aiguë causée par l'absence d'une prise en charge appropriée malgré le taux toujours élevé des amylases et des lipases à la sortie de la patiente lors d'une hospitalisation antérieure.
- 7 IM en post-opératoire immédiat d'un patient admis de façon élective pour la cure d'une hernie inguinale avec un ECG pré-opératoire anormale. Hématome pelvien au site de la chirurgie secondaire à l'administration d'héparine
- 8 Arrêt respiratoire chez un patient difficile à intuber qui a eu une extubation précoce. Il subit une trachéotomie
- 9 Instruments reliés à un cathétérisme cardiaque non disponibles, ce qui nécessite une nouvelle hospitalisation.
- 10 Erreur majeure de dosage de médicament sans séquelle. Congé du patient sans évaluation après 4 nouvelles médications
- 11 Patiente déjà opérée pour un cancer du colon . Visite à l'urgence pour douleur abdominale non investiguée. Admission 10 mois plus tard pour une subocclusion en rapport avec une récurrence.
- 12 Intervention chirurgicale pour une appendicite aiguë perforée. Anémie ferriprive sévère au moment d'une appendicite aiguë non investiguée nécessitant une hospitalisation subséquente.
- 13 Patient diabétique admis aux urgences pour étourdissement et engourdissement d'une jambe, a eu son congé sans investigation ni traitement. Il est réadmis pour les mêmes symptômes

### ***Niveau 5 : Évidence forte que c'était évitable***

- 14 Patient admis avec un diagnostic de carcinome du pancréas et décédé plus tard aux soins palliatifs. Le diagnostic n'a pas été fait de manière concluante.
- 15 Après une laparoscopie diagnostique et une chirurgie endoscopique, le patient a été réadmis 3 fois à cause de douleur abdominale, diarrhée et vomissement. Le diagnostic d'occlusion intestinale a été manqué.

- 16 Une hyperkaliémie non traitée, dans un contexte d'insuffisance rénale aiguë, conduit à un IM, un arrêt cardiaque suivi du décès du patient.
- 17 Hémorragie digestive haute nécessitant une ré-hospitalisation et une transfusion suite à la médication.
- 18 Congé précoce et bilan incomplet chez un patient hospitalisé pour hémorragie digestive haute.
- 19 Décès suite à une décompensation respiratoire en post-opératoire d'une fracture de la hanche. Le patient avait été admis avec une fonction respiratoire et une radiographie pulmonaire normales.
- 20 Chirurgie spinale hémorragique sans évaluation des carotides en pré-opératoire. La patiente a développé un ACV en post-opératoire.
- 21 Patient hospitalisé dans un centre hospitalier pour douleur abdominale sous Coumadin avec un INR à 6.4. Complication par un ACV hémorragique. Il a été transféré dans un autre hôpital pour la prise en charge des complications.
- 22 Délai prolongé dans l'établissement du diagnostic de néoplasie de l'estomac. La patiente a dû être hospitalisée dans un autre centre hospitalier pour établir le diagnostic et avoir une intervention chirurgicale.
- 23 Perforation accidentelle du grêle lors d'une chirurgie gynécologique. Réaction prolongée suite à l'anesthésie.
- 24 Patient anémique connu sous PLAVIX et AAS lors d'une admission 1 mois avant mais aucune investigation ni traitement n'ont été faits. Réadmission pour angor secondaire à l'aggravation de l'anémie. Après investigation, une gastrite sévère a été diagnostiquée.
- 25 Réadmission pour le diagnostic et le traitement d'un abcès pulmonaire suspecté au cours d'une hospitalisation antérieure: une investigation aurait pu être poussée.
- 26 Réadmission pour une neutropénie et une fièvre survenues après une chimiothérapie suivi d'une réadmission pour une hypotension causée par une erreur dans la médication.

***Niveau 4 : Probablement évitable (> 50% des chances)***

- 27 Patient admis pour une cellulite du pied. A l'arrêt de son traitement au Bêta- bloquant, il a eu un IM sans onde Q.
- 28 Patient admis pour une dyspnée causée par une pneumonie; une hypokaliémie est développée en réponse à l'administration de diurétique mal contrôlée.
- 29 Le patient a eu un congé précoce après un pontage aorto-coronarien. Il est réadmis parce que le diagnostic de pneumonie a été manqué.
- 30 Thrombose d'une veine profonde et traitement chirurgical à cause de l'échec d'une bonne anti-coagulation chez un patient cardiaque connu
- 31 L'arrêt brutal d'une médication prolongée au benzodiazépine a entraîné une crise chez le patient.
- 32 Insuffisance rénale aiguë sur IRC suite à une angiographie coronarienne en raison d'un workup inadéquat. Le patient a bien répondu au traitement.
- 33 Atélectasie post-opératoire causée par l'aspiration
- 34 Hémorragie digestive (saignement) haute après la prise de médicaments contenant de l'AAS pour traiter des céphalées.



- 35 Le patient est incapable de subir une chirurgie pour un anévrisme de l'aorte abdominale du fait de ses comorbidités cardiaque et rénale. La rupture de l'anévrisme a causé son décès.
- 36 Patiente opérée pour sténose du cholédoque, masse de la tête du pancréas et pancréatite aiguë. Réadmission 2 jours après son congé pour une fistule pancréatique
- 37 Le patient est admis pour une perte de conscience inexplicée attribuée à une commotion cérébrale. Diagnostic d'une tumeur cérébrale à l'autre hospitalisation
- 38 Perforation accidentelle d'une anse intestinale lors d'hystérectomie, compliquée par un abcès intra-abdominal d'une patiente hospitalisée pour une affection inflammatoire pelvienne.
- 39 Patient réopéré pour un fragment discal résiduel suite à une intervention chirurgicale initiale d'une hernie de disque intervertébral dorsal\lombaire
- 40 Bradycardie sévère et DRS secondaires à la prise de bêta-bloqueur
- 41 La patiente a eu une fracture de D8 avec une compression médullaire qui a nécessité une réhospitalisation 2 jours plus tard
- 42 Réadmission en sub-occlusion chez une patiente sourde et de langue étrangère ayant subi au cours d'une hospitalisation antérieure une hystérectomie totale abdominale et une salpingo-ovariectomie. La sub-occlusion post-opératoire ne peut être prévenue, causée par des adhérences. Le MD aurait pu la garder plus longtemps et éviter une réadmission s'il avait constaté le début de la sub-occlusion.
- 43 Patient admis pour une occlusion et une sténose de l'artère carotide; Il a fait une hémiparésie post-endartérectomie carotidienne

***Niveau 3 : Pas vraiment évitable (< 50% des chances)***

- 44 Ischiémie cardiaque et insuffisance rénale suivies du décès causé par une anémie sévère d'un patient refusant toute transfusion sanguine.
- 45 Il s'agit d'un cas complexe d'insuffisance rénale chronique où le patient a reçu une surdose de soluté et a observé une réaction médicamenteuse en cours d'hospitalisation. Il a eu une colite pseudo-membraneuse suite à l'antibiothérapie, et un état de confusion suite à l'analgésique.
- 46 Cas très complexe d'un patient diabétique avec de nombreuses complications qui, associées aux gestes médicaux, ont causé son décès.

***Niveau 2 : Évidence minime à faible que c'était évitable***

- 47 Chirurgie cardiaque urgente après la perforation de l'artère coronaire au cours de la pose d'un stent. Retour en salle d'opération pour une thrombectomie au cours de laquelle une encéphalopathie anoxique est survenue.
- 48 Fistule entéro-cutanée post-opératoire nécessitant une révision chirurgicale. Septicémie secondaire au cathéter IV sous clé.
- 49 Fracture de la hanche après une chute d'une patiente sous sédatif : Benzodiazépine
- 50 Réadmission pour douleur inguinale après un cathétérisme cardiaque pour douleur inguinale ; Intervention chirurgicale additionnelle nécessaire après la confirmation aux ultrasons d'un faux anévrisme et d'un hématome.

- 51 Après une gastrectomie partielle, le patient a eu son congé avec un diagnostic de lipothymie suite à une perte de conscience. Il subit une deuxième intervention chirurgicale pour gastrite érosive et décède après une hémorragie digestive haute
- 52 Réadmission pour une infection de la plaie chirurgicale. Après l'amputation d'un orteil pour mélanome réalisée en hospitalisation d'un jour, le patient revient le lendemain avec une infection majeure du pied.
- 53 Infarctus sous-endocardique et une anémie en post-opératoire en cours d'hospitalisation chez un patient admis pour une révision de sa prothèse de la hanche.
- 54 Hémorragie digestive haute et basse avec un choc hypovolémique et des transfusions suite à une sphinctérotomie endoscopique pour pancréatite biliaire. Le choc hypovolémique a causé un infarctus du myocarde.
- 55 Patient, admis pour une tumeur maligne du colon, présente en cours d'hospitalisation une ischémie mésentérique par bas débit, une infection urinaire sur sonde, et une bactériémie sur cathéter d'HAIV
- 56 Décès du patient secondaire à INR 8.56. Il anti-coagule pour sa FA. (suspicion d'une interaction entre coumadin-levaquin). Il a été traité mais n'a pas eu de contrôle avant le lendemain.
- 57 Hémorragie cérébrale survenue chez un patient connu porteur d'une malformation artério-veineuse cérébrale. Il était suivi en externe et une chirurgie était à considérer. L'hémorragie est survenue avant la prise de décision.
- 58 Patient hospitalisée pour une cholécystite acalculuse. Elle a dû être ré-hospitalisée pour une ERCP et l'expulsion d'un calcul.
- 59 Le patient en insuffisance rénale chronique a eu une exacerbation en insuffisance rénale aiguë post-coloration pour artériographie
- 60 Le patient était sous coumadin. Il avait eu une rtu tv. et Inr à 3.48 avant la réadmission. Il est réadmis pour hématurie.
- 61 Céphalées d'origine traumatique liées à la perforation de la dure-mère
- 62 Patient hospitalisé pour un néo du colon a eu un épisode d'œdème aiguë du poumon rapidement traité et une fistule colique en post-opératoire
- 63 Hématome au site d'insertion d'un cathéter installé pour un shunt AV pour l'hémodialyse
- 64 Fuite anastomose ileo-sigmoïdienne en post-opératoire (10 jours). Réadmission pour une fistule sigmoïdo-cutanée post fermeture du sigmoïde survenue lors de la réparation de la fuite anastomotique.
- 65 Embolie pulmonaire post-opératoire pour chirurgie pour urgence bariatrique.
- 66 Réaction médicamenteuse: bradycardie sévère probablement associée à la prise de bêtabloquant
- 67 Réadmission pour traiter les complications associées à un hématome survenu après un cathétérisme cardiaque

***Niveau 1 : Pratiquement aucune évidence que c'était évitable***

- 68 Patient admise pour "symptômes généraux" suivi d'une réadmission 2 jours plus tard
- 69 Complications aiguës des suites d'une angioplastie avec un Stent qui a entraîné des angiographies à répétition, une angioplastie additionnelle et un séjour hospitalier prolongé.

- 70 IM aiguë suite à une chirurgie de la prostate.
- 71 Réaction allergique après la 3ème dose de Pénicilline prescrite pour traiter un abcès dentaire.
- 72 Infection au *C. difficile* suite à une antibiothérapie.
- 73 Hématome après un cathétérisme cardiaque; infection suite à un drainage chirurgical.
- 74 Infection sternale, déhiscence et abcès médiastinal des suites d'une CABG. Retour en salle d'opération pour une résection partielle du sternum, une évacuation de l'abcès médiastinal et une reconstruction. Réadmission 3 semaines plus tard pour une nouvelle infection de la plaie traitée aux antibiotiques
- 75 Hématome suite à la pose d'un pacemaker et à la reprise du traitement anticoagulant
- 76 Infection nosocomiale après la manipulation d'une tumeur de la vessie
- 77 Infection d'un patient ayant une agranulocytose suite à une chimiothérapie.
- 78 Hématome inguinal et faux anévrisme suite au cathétérisme cardiaque d'une artère fémorale.
- 79 Fibrillation auriculaire et insuffisance cardiaque congestive 2 jours après une CABG avec une endartérectomie; une réintubation a été nécessaire
- 80 Pancytopénie suite à une chimiothérapie.
- 81 IM aiguë suite au traitement d'une hernie inguinale sous anesthésie locale chez un patient avec une maladie cardiaque sévère.
- 82 Pneumothorax suite à une biopsie pulmonaire transthoracique.
- 83 Fibrillation ventriculaire et saignement au niveau de la sternotomie après le remplacement de la valve aortique.
- 84 Comportement psychotique d'un patient sous mépéridine après une appendicectomie; séjour hospitalier prolongé de 2 jours.
- 85 Saignement post-opératoire après une CABG; des interventions chirurgicales à répétition et un séjour hospitalier prolongé ont été nécessaires.
- 86 Infection de la plaie en post-opératoire sur une longue période.
- 87 Embolie pulmonaire après une chirurgie orthopédique.
- 88 Embolie pulmonaire après une cystoscopie pour hématurie.
- 89 Remise en place d'une électrode ventriculaire d'un défibrillateur cardiaque implanté.
- 90 Remplacement d'une batterie défectueuse nécessaire un jour après l'insertion d'un pacemaker
- 91 Traumatisme inévitable du nerf vague durant la résection du lobe supérieur du poumon pour un adénocarcinome à cause de la proximité de la tumeur.
- 92 Aggravation d'une insuffisance rénale chronique d'un patient sous diurétique.
- 93 Fistule du liquide céphalo-rachidien en post-opératoire d'une hypophysectomie chez une patiente présentant un syndrome de Cushing, suite à une perforation accidentelle. Méningite et thrombophlébite du membre inférieur en post-opératoire intra hospitalière.
- 94 Développement d'une ostéomyélite de la cheville suite à une arthrodeèse effectuée un mois plus tôt
- 95 Dissection du tronc commun au cours d'une coronarographie, qui entraîne un pontage aorto-coronarien

- 96 Réaction allergique médicamenteuse aux antibiotiques (cipro-flagyl )
- 97 Admission pour une thrombophlébite et une embolie pulmonaire à la suite d'une chirurgie arthroscopique du genou
- 98 Réadmission pour hyperthermie due à une infection de la plaie opératoire 3 jours après le congé du patient
- 99 Pancréatite post ERCP (Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique)
- 100 Hématome au site de la ponction d'une angioplastie coronarienne percutanée.
- 101 Deux épisodes d'entérite radique aiguë au cours d'un traitement d'une tumeur maligne du col utérin par radiothérapie
- 102 Admission pour DRS et traité par héparinisation. Il fait une hémorragie cérébrale suivi du décès
- 103 Réadmission pour une réaction médicamenteuse. Épiglottite aiguë accompagnée de nausée et de vomissement suite à l'ingestion d'Effxor
- 104 Réaction allergique à l'iode : choc anaphylactique après injection d'iode pour un CT-Scan
- 105 Apparition d'une cellulite au site opératoire d'un remplacement total du genou 12 jours après l'intervention
- 106 Réaction médicamenteuse. Bradycardie sévère donnant des lipothymies
- 107 Réadmission pour une infection de la plaie, 10 jours après une hystérectomie
- 108 Admission élective pour une colonoscopie et une dilatation d'une sténose sigmoïdite chez une patiente avec la maladie de Crohn iléo colique connue. Il a eu une perforation du sigmoïde post dilatation avec ballonnets.
- 109 Admission pour une douleur thoracique. Un fibrillo-flutter post coronarographie a dû être investigué.
- 110 Réadmission pour une cellulite post-amputation d'un orteil chez une patiente admise 2 mois plutôt pour une ostéomyélite de la cheville et du pied.
- 111 Rash (dermite) non prévisible apparu 7 jours après une première administration de Tégrétol .
- 112 Réaction au médicament prescrit à une admission antérieure : troubles digestifs
- 113 Le patient hospitalisé pour un polype du sigmoïde, a présenté en post-opératoire une déhiscence anastomotique et un abcès péri-rectal.
- 114 Événement suite à une chirurgie pour anévrisme de l'aorte abdominale
- 115 Admission pour la cure d'une hernie incisionnelle consécutive à une chirurgie utérine(Hystérectomie moins d'un an avant).
- 116 Embolie pulmonaire suite à une réduction d'une fracture de la cheville. Patient sous héparine s/c dont une dose n'a pas été donnée.
- 117 Patient, diabétique avec une infection urinaire, a fait une bactériémie. Il a eu une cystoscopie suivie d'une hémoculture positive à Coli 2 jours après. Après une chute en cours d'hospitalisation, il a une abrasion du coude et du genou, et a fait une hématurie
- 118 Réaction médicamenteuse : réaction importante à l'épaule et à l'omoplate à l'administration d'un vaccin antigrippal
- 119 Syndrome du compartiment d'un membre supérieur post ponction
- 120 Admission pour une anémie aiguë secondaire à un hématome en post BX rénale faite le matin de l'admission index chez un patient avec un cancer du bassin

- 121 Patient admis pour calcul de la vésicule biliaire fait une infection pulmonaire post endocholécystectomie. Il fait une chute avec un traumatisme mineur du coude.
- 122 Admission pour une appendicite aiguë qui se complique d'une rétention urinaire en post-opératoire. Réaction médicamenteuse: rash au tronc relié à la méfoxine ou à la morphine.
- 123 Infection à staphylocoque à la suite d'une exérèse de nodules rhumatoïdes survenant 15 jours après la chirurgie.
- 124 Réadmission pour un abcès péri-diverticulaire du sigmoïde drainé qui se complique d'une fistule chez un patient traité pour diverticulite non hémorragique lors d'une hospitalisation antérieure. Réaction allergique suite à une injection de pénicilline
- 125 Deux admissions post pontage pour une hernie incisionnelle. La récurrence était presque à prévoir dans le contexte de l'hématome post cure qui a nécessité une évacuation chirurgicale.
- 126 Échec de la réduction ouverte avec fixation interne d'une fracture transcervicale du col fémoral. Reprise 4 jours plus tard pour un remplacement de la tête fémorale gauche
- 127 Infection de la plaie post-césarienne chez une patiente diabétique
- 128 Réadmission en post-opératoire pour cellulite
- 129 Effet secondaire de médication : Bêta-bloquant
- 130 Hépatite toxique médicamenteuse non évitable
- 131 Récurrence de l'affection suite au drainage chirurgical d'un abcès intra abdominal
- 132 Réadmission pour douleur thoracique
- 133 Fibrillation auriculaire, 3 jours après un triple pontage. Transfert du patient vers un centre tertiaire pour une prise en charge
- 134 Réadmission répétée pour symptômes généraux : vertiges et nausées. Aucun diagnostic n'a été établi
- 135 Épistaxis post septoplastie pour obstruction nasale
- 136 Épanchement pleural après la remise en place d'une valve mitrale. Sans récurrence après le drainage pleural
- 137 Réhospitalisation d'un patient avec un épanchement péricardique pour un pericardiocentesis
- 138 Cellulite post-opératoire au site de la veine saphène après un pontage aorto-coronarien
- 139 Après l'implantation d'un défibrillateur interne, perte d'un petit morceau d'équipement qui n'a pas été retrouvé dans la plaie chirurgicale. L'intervention a été prolongée de 45 minutes.

1. Les médecins réviseurs devaient évaluer le caractère évitable des événements indésirables en utilisant une échelle en six points où 1= pratiquement aucune évidence que c'était évitable et 6 = pratiquement certain que c'était évitable.



**Adresse de correspondance**

Prière d'adresser toute correspondance concernant le contenu de cette publication ou autres rapports déjà publiés à :

**Groupe de recherche interdisciplinaire en santé**

Secteur santé publique  
Faculté de médecine  
Université de Montréal  
C.P. 6128, Succ. Centre-Ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada

Téléphone : (514) 343-6185  
Télécopieur : (514) 343-2207

**Adresse de notre site Web**

<http://www.gris.umontreal.ca/>