

DECLARATION DE L'EVENEMENT

Titre		Référence	
Emetteur		Fonction <span style="color:red">★</span>	<input type="text"/>
Date de création		N° de poste <span style="color:red">★</span>	<input type="text"/>
Service du déclarant <span style="color:red">★</span>	<input data-bbox="324 464 372 499" type="button" value="+"/>		
Date incident <span style="color:red">★</span>	<input data-bbox="314 554 604 606" type="text" value=""/>	Heure	<input type="text"/>
Nom du patient	<input type="text"/>	Prénom du patient	<input type="text"/>
Date de naissance du patient	<input data-bbox="314 768 604 821" type="text" value=""/>	Service d'origine du patient	<input type="text"/>
Description <span style="color:red">★</span>	<input data-bbox="314 873 1835 1021" type="text"/>		
Gravité perçue	<input data-bbox="324 1056 585 1099" type="text" value=""/>	Pièce jointe	Aucun fichier <input data-bbox="1619 1092 1864 1120" type="button" value="Ajouter un fichier"/>
Domaine de risque <span style="color:red">★</span>	<input data-bbox="324 1213 372 1249" type="button" value="+"/>		