

scheda per la segnalazione di eventi avversi o mancati incidenti

I dati della presente scheda sono assolutamente riservati e dalle informazioni in essa contenute non potranno prendere avvio azioni giudiziarie o disciplinari; tali dati verranno utilizzati esclusivamente per il miglioramento della gestione del rischio clinico.

	UNITÀ OPERATIVA	COGNOME E NOME	QUALIFICA
	Facoltativo	Facoltativo	<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> ASS/OTA <input type="checkbox"/> ALTRO
Paziente	COGNOME E NOME		anni
Dove è successo?	<input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Camera degenza <input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Corridoio esterno all'U.O. <input type="checkbox"/> Viali Presidio	<input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Altro
Cosa è successo?			
Cosa si è reso necessario fare?	<input type="checkbox"/> niente		<input type="checkbox"/> rinviare il trattamento/procedura
	<input type="checkbox"/> osservazioni o monitoraggi ulteriori		<input type="checkbox"/> trasferire ad altra U.O.
	<input type="checkbox"/> eseguire indagini diagnostiche		<input type="checkbox"/> intervento chirurgico
	<input type="checkbox"/> somministrare farmaci		<input type="checkbox"/> ricovero in ospedale
	<input type="checkbox"/> cancellare un trattamento/procedura		
Quali esiti ha comportato l'evento?	<input type="checkbox"/> nessuno		
	<input type="checkbox"/> danno al paziente con disabilità temporanea		
	<input type="checkbox"/> danno al paziente con disabilità permanente		
	<input type="checkbox"/> decesso		



Perché è successo?

Professionista	Comunicazione interna	Organizzazione	Paziente
<input type="checkbox"/> personale di nuova acquisizione	<input type="checkbox"/> calligrafia illeggibile	<input type="checkbox"/> mancanza di procedura scritta	<input type="checkbox"/> non collaborante
<input type="checkbox"/> mancanza di esperienza	<input type="checkbox"/> assenza di prescrizione	<input type="checkbox"/> carenza di personale	<input type="checkbox"/> rapporto conflittuale
<input type="checkbox"/> non conoscenza di una procedura esistente	<input type="checkbox"/> prescrizione poco chiara	<input type="checkbox"/> impossibilità ad applicare una procedura esistente	<input type="checkbox"/> straniero
<input type="checkbox"/> distrazione	<input type="checkbox"/> consegne incomplete	<input type="checkbox"/> squilibrio nella attribuzione dei compiti	<input type="checkbox"/> fattori costituzionali e/o anatomici
<input type="checkbox"/> dimenticanza	<input type="checkbox"/> mancanza di braccialetto identificativo	<input type="checkbox"/> carente manutenzione apparecchiatura	<input type="checkbox"/> fattori legati alla patologia
<input type="checkbox"/> mancata applicazione di una procedura nota	<input type="checkbox"/> prescrizione verbale poco chiara	<input type="checkbox"/> non conoscenza corretto utilizzo apparecchiatura	<input type="checkbox"/> comunicazione
<input type="checkbox"/> fretta	<input type="checkbox"/> definizione di ruoli e responsabilità assente o poco chiara	<input type="checkbox"/> mancanza di supervisione	<input type="checkbox"/> informazione
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
<input type="checkbox"/> individuazione precoce		<input type="checkbox"/> altro (specificare)	
<input type="checkbox"/> buona assistenza			
<input type="checkbox"/> rispetto di una procedura			
<input type="checkbox"/> fortuna			

Ci sono stati fattori che possono aver ridotto l'esito?

Firma

(Facoltativa)

Valutazione dell'evento

<input type="checkbox"/> nessun esito	L'evento non ha provocato nessun danno
<input type="checkbox"/> esito minore	L'evento ha richiesto osservazioni e/o monitoraggi ulteriori
<input type="checkbox"/> esito moderato	L'evento ha richiesto indagini diagnostiche (es: esami di laboratorio, diagnostica per immagini) e/o trattamenti minori (es: bendaggi, somministrazione di farmaci,...)
<input type="checkbox"/> esito significativo	L'evento ha comportato un danno che richiede intervento chirurgico oppure ha comportato la cancellazione o posticipazione del trattamento e/o trasferimento ad altra U.O. ma senza il prolungamento della degenza
<input type="checkbox"/> esito severo	L'evento ha richiesto l'ammissione in ospedale o prolungamento della degenza
<input type="checkbox"/> evento sentinella	L'evento ha comportato una disabilità permanente o ha contribuito al decesso

inviare in busta chiusa a:

U.O. per la Qualità - Scuola per la Gestione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari
 Presidio Vittorio Emanuele Fax 095 7436620; e mail: rischioclinico@ao-ve.it

