

Scheda di segnalazione spontanea degli eventi				<u>Data compilazione</u>	
Dati relativi a Struttura e Operatore	Struttura		Unità Operativa		
	Operatore che segnala l'evento (facoltativo)				
Dati relativi al paziente	Qualifica		Altre (specificare) _____		
	<input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> infermiere				
Tipo di prestazione	Nome e Cognome paziente (facoltativo)				
	Anno nascita/età		n. ricovero (facoltativo)		
PROCEDURA	RITARDO PROCEDURA		INESATTA/NON APPROPRIATA		
	MANCATA PROCEDURA				
Tipo di evento	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica <input type="checkbox"/> procedura chirurgica <input type="checkbox"/> procedura terapeutica <input type="checkbox"/> somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> prestazione assistenziale <input type="checkbox"/> prestazione riabilitativa		<input type="checkbox"/> inesatta identificazione paziente/lato <input type="checkbox"/> inesatta procedura Chirurgica <input type="checkbox"/> inesatta procedura Terapeutica <input type="checkbox"/> inesatta somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> inappropriata procedura Diagnostica <input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Chirurgica <input type="checkbox"/> inappropriata prestazione Riabilitativa <input type="checkbox"/> inappropriata procedura terapia		
	<input type="checkbox"/> procedura diagnostica <input type="checkbox"/> procedura chirurgica <input type="checkbox"/> procedura terapeutica <input type="checkbox"/> somministrazione farmaco <input type="checkbox"/> prestazione assistenziale		<input type="checkbox"/> prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Altro		
Altro	<input type="checkbox"/> Aggressione operatore <input type="checkbox"/> Trasporto paziente <input type="checkbox"/> Caduta accidentale		<input type="checkbox"/> Trasfusione emoderivati <input type="checkbox"/> Utilizzo impianti/attrezzature <input type="checkbox"/> Infezioni Correlate Assistenza <input type="checkbox"/> Lesioni da pressione (nuova insorgenza) <input type="checkbox"/> Condizioni ambientali pericolose <input type="checkbox"/> Altro _____		
	DESCRIZIONE DELL'EVENTO - svolgimento dei fatti				
(Che cosa è successo? Dove? Quando? Come e perchè è accaduto?)					
Data _____ ora _____ Luogo (camera, bagno...) _____ <input type="checkbox"/> Festivo <input type="checkbox"/> Feriale					

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)					
Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Condizioni generali fragilità/infermità <input type="checkbox"/> Deficit cognitivo <input type="checkbox"/> Instabilità della marcia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Utilizzo farmaci <input type="checkbox"/> Incontinenza <input type="checkbox"/> Contenzione		Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Difetto/assenza Procedura/protocollo <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeg. Manutenzione attrezz. <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza materiale <input type="checkbox"/> Altri fattori: (specificare) _____	
	<input type="checkbox"/> Difficoltà nell'eseguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Inosservanza procedura/protocollo <input type="checkbox"/> Inesatta lettura documento/etichetta <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchio				
Fattori che possono aver ridotto l'esito					
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Osservanza dei protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Casualità		<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____			
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni					
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche		<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero in T.I. <input type="checkbox"/> Altro _____			
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no					
Come si poteva prevenire/evitare il ripetersi dell'evento					

Livello di gravità	<input type="checkbox"/> nessun danno <input type="checkbox"/> lieve danno		<input type="checkbox"/> medio danno <input type="checkbox"/> grave danno		
			<input type="checkbox"/> morte		