


SCHEDA DI SEGNALAZIONE INCIDENT REPORTING							
<input type="checkbox"/> EVENTO AVVERSO					E1		
<input type="checkbox"/> PROCEDURA POTENZIALMENTE LESIVA CHE NON HA CAUSATO DANNO					E2		
<input type="checkbox"/> PROCEDURA POTENZIALMENTE LESIVA INTERROTTA PRIMA DEL VERIFICARSI DEL DANNO					E3		
<input type="checkbox"/> ESITO INATTESO DEI TRATTAMENTI					E4		
<input type="checkbox"/> COMPLICANZA IN LOCO					E5		
AZIENDA	STRUTTURA:						
	UNITA' OPERATIVA:						
	DATI RELATIVI ALL'OPERATORE	<input type="checkbox"/> MEDICO		<input type="checkbox"/> FARMACISTA			
		<input type="checkbox"/> COORDINATORE		<input type="checkbox"/> TECNICO			
<input type="checkbox"/> INFERMIERE		<input type="checkbox"/> O.S.S.					
<input type="checkbox"/> ALTRO		<input type="checkbox"/> AUSILIARIO					
PAZIENTE	NOME E COGNOME:			DATA E LUOGO DI NASCITA:		ETA':	
	RESIDENZA:			SESSO:			
	NUMERO DI CARTELLA:		N. STANZA:		DATA DI RICOVERO:		
	DIAGNOSI:						
CIRCOSTANZE EVENTO	LUOGO IN CUI SI E' VERIFICATO L'EVENTO	<input type="checkbox"/> AMBULATORIO		<input type="checkbox"/> SPAZI COMUNI			
		<input type="checkbox"/> DEGENZA		<input type="checkbox"/> TRASPORTO			
		<input type="checkbox"/> MEDICHERIA		<input type="checkbox"/> STANZA ACCOGLIENZA			
		<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO		<input type="checkbox"/> ALTRO			
		<input type="checkbox"/> SALA OPERATORIA					
	DATA EVENTO	ORA EVENTO	<input type="checkbox"/> FESTIVO	<input type="checkbox"/> FERIALE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> N
	REGIME DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO		<input type="checkbox"/> RICOVERO URGENTE RU			
		<input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL		<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA ACC			
		<input type="checkbox"/> AMBULATORIALE		<input type="checkbox"/> RSA			
	TIPO DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> DOMICILIARE		<input type="checkbox"/> LIBERA PROFESSIONE			
<input type="checkbox"/> INTERVENTO CHIRURGICO		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA DI LABORATORIO					
<input type="checkbox"/> PROCEDURA INVASIVA		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA STRUMENTALE					
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA IMMAGINI		<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DOMICILIARE RIAB.					
<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA		<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE ONCOLOGICA/EMATOLOGICA					
TIPO DI EVENTO	<input type="checkbox"/> RITARDO PROCEDURA DIAGNOSTICA		<input type="checkbox"/> MANCATA PROCEDURA DIAGNOSTICA		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA PAZIENTE/LATO		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PROCEDURA CHIRURGICA		<input type="checkbox"/> MANCATA PROCEDURA CHIRURGICA		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA PROCEDURA CHIRURG.		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PROCEDURA TERAPEUTICA		<input type="checkbox"/> MANCATA PROCEDURA TERAPEUTICA		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA PROCEDURA TERAPEUT.		
	<input type="checkbox"/> RITARDO SOMMINISTRAZ. FARMACO		<input type="checkbox"/> MANCATA SOMMINISTRAZ. FARMACI		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA SOMM. FARMACO		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PRESTAZIONE ASSISTENZIALE		<input type="checkbox"/> MANCATA PRESTAZIONE ASSISTENZ.		<input type="checkbox"/> NON APPROPRIATA PROCED. DIAGN.		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PRESTAZIONE RIABILITATIVA		<input type="checkbox"/> INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA		<input type="checkbox"/> NON APPROPRIATA PROCED. TERAP.		
	<input type="checkbox"/> CADUTA		<input type="checkbox"/> COMPLICANZA IN LOCO		<input type="checkbox"/> NON APPROPRIATA PRESTAZ. RIABIL.		
	<input type="checkbox"/> ESITO INATTESO DI TRATTAMENTO						
BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO:							
CONSIDERAZIONI E SUGGERIMENTI:							
CONDIZIONI DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> CONDIZIONI GENERALI PRECARIE, GRAVITA' DELLE INFERMITA'						
	<input type="checkbox"/> PATOLOGIE ACUTE			<input type="checkbox"/> PRECEDENTI CADUTE			
	<input type="checkbox"/> DEFICIT COGNITIVO			<input type="checkbox"/> INCONTINENZA			
	<input type="checkbox"/> DEFICIT VISTA			<input type="checkbox"/> UTILIZZO FARMACI			
	<input type="checkbox"/> INSTABILITA' DELLA MARCIA			<input type="checkbox"/> CONTENZIONE			
	<input type="checkbox"/> DISTURBI DELLA COSCIENZA E/O ORIENTAMENTO						
FATTORI ORGANIZZATIVI O STRUTTURALI	<input type="checkbox"/> CONDIZIONI AMBIENTALI (MICROCLIMA LUCE SPAZI FISICI)			<input type="checkbox"/> DIFETTI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> BARRIERE LINGUISTICHE/CULTURALI			<input type="checkbox"/> TRASPORTI			
	<input type="checkbox"/> DIFETTI DELLA COMUNICAZIONE			<input type="checkbox"/> CARENZE STRUTTURALI			
	<input type="checkbox"/> CARICHI DI LAVORO			<input type="checkbox"/> DIFETTO/ASSENZA DI PROCEDURA			
	<input type="checkbox"/> CADUTADIFETTOSA ATTREZZATURA ELETTROMEDICALE DOMICILIARE						
OPERATORE	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE FORMAZIONE/ESPERIENZA OPERATORE			<input type="checkbox"/> FATICA OPERATORE			
	<input type="checkbox"/> DISTRAZIONE OPERATORE			<input type="checkbox"/> ALTRO			
GRADUAZIONE EVENTO	<input type="checkbox"/> NESSUN DANNO		<input type="checkbox"/> LIEVE		<input type="checkbox"/> MEDICO		
	<input type="checkbox"/> GRAVE		<input type="checkbox"/> MORTE				
NOTE:							