

		Scheda di segnalazione spontanea degli eventi		Data compilazione _____
Dati relativi a Struttura e Operatore	Struttura Operatore che segnala l'evento (facoltativo)		Unità Operativa	
	Qualifica <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> Altre (specificare) _____ <input type="checkbox"/> infermiere			
Dati relativi al paziente	Nome e Cognome paziente (facoltativo)			
	Anno nascita/età _____		n. ricovero (facoltativo) _____	
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ord. <input type="checkbox"/> Prestazione Amb. <input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Ricovero DH <input type="checkbox"/> Intervento chirurg. <input type="checkbox"/> Altro			
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 Terapeutica	<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	
Altro	<input type="checkbox"/> Aggressione operatore <input type="checkbox"/> Trasfusione emoderivati <input type="checkbox"/> Lesioni da pressione (nuova insorgenza) <input type="checkbox"/> Trasporto paziente <input type="checkbox"/> Utilizzo impianti/attrezzature <input type="checkbox"/> Condizioni ambientali pericolose <input type="checkbox"/> Caduta accidentale <input type="checkbox"/> Infezioni Correlate Assistenza <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) _____
Fattori legati al personale	<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"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Osservanza dei protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Casualità				
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni				
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Ricovero in T.I. <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <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"/> medio danno <input type="checkbox"/> morte <input type="checkbox"/> lieve danno <input type="checkbox"/> grave danno			
NOTE				