

	INCIDENT REPORTING SEGNALAZIONE SPONTANEA DI EVENTI/QUASI EVENTI	MODU.A909.I017.00.01	Rev. 0
	MODULO	29/09/2019	Pagina 1 di 2

La compilazione di questo modulo non esonera dalle segnalazioni obbligatorie o eseguite in ottemperanza a disposizioni aziendali (stravasi, avulsioni dentarie, aggressioni, ecc.). Nel caso di presunto di Evento Sentinella (vedi retro) contattare al più presto la SC Qualità, Risk Management e Accreditamento per i provvedimenti di competenza.

Presidio: <input type="checkbox"/> Molinette/SGAS <input type="checkbox"/> CTO <input type="checkbox"/> Sant'Anna <input type="checkbox"/> OIRM			
Tipologia evento			
Evento evitato	<input type="checkbox"/> LIVELLO 1 situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso	Evento avverso	<input type="checkbox"/> LIVELLO 3 nessun esito (evento accaduto, nessun danno)
	<input type="checkbox"/> LIVELLO 2 situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso ma intercettato		<input type="checkbox"/> LIVELLO 4 esito minore (osservazioni extra, nessun danno)
			<input type="checkbox"/> LIVELLO 5 esito moderato (osservazioni extra, lieve danno)
			<input type="checkbox"/> LIVELLO 6 esito tra moderato e significativo
			<input type="checkbox"/> LIVELLO 7 esito significativo (reintervento /prolungamento degenza)
			<input type="checkbox"/> LIVELLO 8 esito severo (disabilità permanente/decesso)
Qualifica di chi segnala l'evento:			
Area : <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Intensiva <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Diagnostica per Immagini <input type="checkbox"/> Altro			
Data in cui si è verificato l'evento ____/____/____ ora ____/____			
Luogo in cui si è verificato l'evento (es. camera, bagno,sala medica, corridoio, ecc) :.....			
Regime di erogazione: <input type="checkbox"/> Ricovero Ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH/ DS <input type="checkbox"/> Prestazione Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro			
Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)			
Categoria evento			
<input type="checkbox"/> Errore/Ritardo diagnosi		<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico (es. lato/sede)	<input type="checkbox"/> Lesione dentaria
<input type="checkbox"/> Gestione del farmaco (*)		<input type="checkbox"/> Ritenzione corpi estranei	<input type="checkbox"/> Deficit tecnico - strutturale
<input type="checkbox"/> Gestione emocomponenti (es. trasfusioni)		<input type="checkbox"/> Lesione da malposizionamento	<input type="checkbox"/> Deficit di vigilanza
<input type="checkbox"/> Esecuzione procedura		<input type="checkbox"/> Ustione intraoperatoria	<input type="checkbox"/> Organizzativo
<input type="checkbox"/> Aggressione utente/operatore		<input type="checkbox"/> Caduta	<input type="checkbox"/> Altro
(*) Nel caso di evento legato alla Gestione dei Farmaci compilare i campi successivi:			
<input type="checkbox"/> Conservazione in reparto		<input type="checkbox"/> Preparazione	<input type="checkbox"/> Mancato monitoraggio
<input type="checkbox"/> Prescrizione		<input type="checkbox"/> Somministrazione	<input type="checkbox"/> Altro (es. anamnesi non completa, allergia non indicata).....
Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)			
FATTORI LEGATI AL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie/ fragilità/ infermità	FATTORI LEGATI AL SISTEMA	<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/ insufficiente
	<input type="checkbox"/> Non cosciente/ scarsamente orientato		<input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/ inserimento
	<input type="checkbox"/> Poca/ mancata autonomia		<input type="checkbox"/> Protocollo/ procedura inesistente/ ambigua
	<input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali		<input type="checkbox"/> Difficoltà nel far rispettare protocolli/ procedure
	<input type="checkbox"/> Mancata adesione al piano terapeutico/ assistenziale		<input type="checkbox"/> Mancata/ inadeguata comunicazione
FATTORI LEGATI AL PERSONALE	<input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni / procedure		<input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature/materiale di consumo
	<input type="checkbox"/> Fatica/ stress		<input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature
	<input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/ regola non seguita		<input type="checkbox"/> Problemi strutturali e/o ambientali
	<input type="checkbox"/> Mancata/ inesatta lettura documentazione/etichetta		
	<input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva apparecchiature		
	Altri fattori (specificare):.....		
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Sì, quali? (specificare):.....			
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Il paziente è stato informato dell'evento: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì			
Sono stati o saranno intraprese azioni correttive/preventive a seguito dell'intervento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se Sì, quali? (specificare):.....			

	INCIDENT REPORTING SEGNALAZIONE SPONTANEA DI EVENTI/QUASI EVENTI	MODU.A909.I017.00.01	Rev. 0
	MODULO	29/09/2019	Pagina 2 di 2

LISTA DEGLI EVENTI SENTINELLA

1. Procedura su paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento
5. Reazione trasfusionale conseguente a incompatibilità AB0
6. Morte, coma, grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte o malattia grave correlata al travaglio/parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso superiore a 2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente al malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente
17. Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica
18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori di terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli