

	SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI	U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico	Doc. emesso da U.O. Qualità rev.1/del 16/12/2013
		Resp. Dott. Antonio Capodicasa	

- La presente scheda vuole essere uno strumento per segnalare gli eventi (eventi avversi e quasi eventi) che possono verificarsi durante le attività lavorative.
Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e indesiderabile
Quasi evento (near miss): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente o per l'operatore
- Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive/migliorative per prevenire in futuro il ripetersi di tali eventi e dei relativi rischi.
 Pertanto, in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.
- Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore e al paziente.
- Dopo la compilazione la scheda dovrà essere inviata al Risk Manager (Direzione Aziendale - stanza 219 - fax 0916662642).

Data della segnalazione: ___/___/___ Evento Avverso <input type="radio"/> Quasi Evento (Near Miss) <input type="radio"/>	
Livello di gravità dell'evento: <input type="checkbox"/> grave (evento che causa morte o danni ed invalidità permanente all'interessato) <input type="checkbox"/> medio (evento che comporta una invalidità temporanea, un aumento dei giorni di degenza) <input type="checkbox"/> lieve (evento che provoca al paziente solo disturbi temporanei e limitati) <input type="checkbox"/> nessun danno al paziente	
Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo) _____ <input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> Altro _____
Struttura che segnala	P.O. _____ U.O. _____
Dati del paziente coinvolto nell'evento	Nome e Cognome _____ N° Cartella _____ Data di nascita: ___/___/___ Sesso: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Regime di assistenza	<input type="radio"/> ordinario <input type="radio"/> day hospital <input type="radio"/> day service <input type="radio"/> ambulatoriale <input type="radio"/> altro _____
Circostanze dell'evento	Data ___/___/___ (se rilevata) ora _____ min _____ Luogo dove si è verificato l'evento _____ Tipo di prestazione/funzione sanitaria (specificare) _____
Descrizione dell'evento	Documentato in cartella <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no
Persone coinvolte nell'evento	<input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Coordinatore <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> Paziente <input type="radio"/> Altro _____

	SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI	U.O. Gestione Qualità e Rischio Clinico	Doc. emesso da U.O. Qualità rev.1/del 16/12/2013
		Resp. Dott. Antonio Capodicasa	

Trattamenti/indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento:	
<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica (specificare numero e tipo) _____ <input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio _____ <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="radio"/> TAC <input type="radio"/> RMN <input type="radio"/> RX <input type="radio"/> ECO Altro _____ <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico _____ <input type="checkbox"/> Ricovero in terapia intensiva <input type="checkbox"/> Trasferimento presso _____ <input type="checkbox"/> Altre prestazioni/indagini sanitarie: _____ <input type="checkbox"/> Nessun trattamento/indagine sanitaria	
L'evento è stato comunicato <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no	
Se si a:	
<input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Altro _____	
Fattori che possono aver contribuito all'evento:	
Fattori legati al paziente <input type="checkbox"/> Grave infermità <input type="checkbox"/> Non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> Poca/mancata autonomia <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Non collaborazione terapeutica <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ _____	Fattori legati al personale <input type="checkbox"/> Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> Mancato rispetto procedure <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Regola non seguita <input type="checkbox"/> Mancata/inesatta lettura di documentazione <input type="checkbox"/> Mancata supervisione <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento <input type="checkbox"/> Scarso /assente lavoro di gruppo <input type="checkbox"/> Consenso informato inadeguato <input type="checkbox"/> Altro (specificare):
Fattori legati al sistema <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Protocollo/procedura inesistente/non chiara <input type="checkbox"/> Insuccesso nel far rispettare protocollo/procedure <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Insufficienza/inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Altro (specificare):	Altri fattori (specificare): _____ _____ _____ _____
Segnalare possibili azioni preventive/correttive/migliorative: _____ _____ _____	

Concluse le valutazioni inerenti, la presente scheda verrà distrutta conformemente alla procedura aziendale