
	<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI</b>	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"/>	
<b>Livello di gravità dell'evento:</b>					
<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					
<b>Dati relativi all'operatore che segnala</b> (facoltativo)		Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo) _____			
		<input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> Altro _____			
<b>Struttura che segnala</b>		P.O. _____ U.O. _____			
<b>Dati del paziente coinvolto nell'evento</b>		Nome e Cognome _____ N° Cartella _____			
		Data di nascita: ___/___/___      Sesso: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F			
<b>Regime di assistenza</b>		<input type="radio"/> ordinario <input type="radio"/> day hospital <input type="radio"/> day service <input type="radio"/> ambulatoriale <input type="radio"/> altro _____			
<b>Circostanze dell'evento</b>		Data ___/___/___ (se rilevata)    ora _____ min _____			
		Luogo dove si è verificato l'evento _____			
		Tipo di prestazione/funzione sanitaria (specificare) _____			
<b>Descrizione dell'evento</b>		Documentato in cartella <input type="radio"/> si <input type="radio"/> no			
<b>Persone coinvolte nell'evento</b>		<input type="radio"/> Medico <input type="radio"/> Coordinatore <input type="radio"/> Infermiere <input type="radio"/> Paziente <input type="radio"/> Altro _____			

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

<b>Trattamenti/indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento:</b>	
<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	
<b>L'evento è stato comunicato</b> <input type="radio"/> <b>si</b> <input type="radio"/> <b>no</b>	
<b>Se si a:</b> <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Altro _____	
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento:</b>  <b>Fattori legati al paziente</b> <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): _____  <b>Fattori legati al sistema</b> <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): _____	<b>Fattori legati al personale</b> <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): _____  <b>Altri fattori (specificare):</b> _____ _____ _____ _____
<b>Segnalare possibili azioni preventive/correttive/migliorative:</b>        	

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