

SCHEDA DI SEGNALAZIONE NEAR MISS- EVENTI AVVERSI - EVENTI SENTINELLA

Dipartimento		Unità operativa	
Operatore		Nome e Cognome (Facoltativo)	
		Qualifica : <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Fisioterapista <input type="checkbox"/> Oss	
Paziente		Nome e Cognome (Facoltativo)	
		Anno di nascita/età	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F N° cartella clinica
Regime assistenziale		<input type="checkbox"/> Ricovero Ordinario <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> Prestazione Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro specificare.....	
Circostanze dell'evento		Data..... ora..... luogo in cui si è verificato l'evento _____	
Evento riferito <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI da: <input type="checkbox"/> paziente <input type="checkbox"/> parente <input type="checkbox"/> altro paziente <input type="checkbox"/> altro operatore sanitario	
Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)			
CATEGORIA EVENTI			
Evento correlato a procedure /prestazioni			
<input type="checkbox"/> Ritardo procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> Inesatta /Inadeguata procedura diagnostica	
<input type="checkbox"/> Ritardo procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> Mancata procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> Inesatta /Inadeguata procedura chirurgica	
<input type="checkbox"/> Ritardo prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Mancata prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Inesatta /Inadeguata prestazione assistenziale	
Evento correlato alla gestione della terapia farmacologica			
<input type="checkbox"/> Paziente sbagliato	<input type="checkbox"/> Via di somministrazione errata	<input type="checkbox"/> Reazione avversa da farmaci	
<input type="checkbox"/> Farmaco errato	<input type="checkbox"/> Monitoraggio inadeguato	<input type="checkbox"/> Reazione avversa da trasfusione	
<input type="checkbox"/> Dose o posologia errata	<input type="checkbox"/> Prescrizione	<input type="checkbox"/> Mancata somministrazione	
<input type="checkbox"/> Orario/data di somministrazione errato	<input type="checkbox"/> Comunicazione	<input type="checkbox"/> Somministrazione non autorizzata	
Altri tipi di Eventi			
<input type="checkbox"/> Infezione Ospedaliera <input type="checkbox"/> Lesione da Pressione <input type="checkbox"/> Trasfusione <input type="checkbox"/> malfunzionamento di dispositivi/apparecchiature <input type="checkbox"/> Caduta <input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
Altri Eventi (dettagliare)			
FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile indicare più di una risposta)			
Fattori legati al paziente	<input type="checkbox"/> Condizioni generali precarie <input type="checkbox"/> Barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> Altro		
Fattori legati al personale	<input type="checkbox"/> Mancato rispetto di Protocollo/Procedura <input type="checkbox"/> Fatica/stress <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza <input type="checkbox"/> Altro		
Fattori legati al sistema	<input type="checkbox"/> Protocollo/Procedura inesistente <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Altro		
Altri fattori specificare:			
FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO L'ESITO			
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce <input type="checkbox"/> Buona assistenza <input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo <input type="checkbox"/> Fortuna Altro (specificare)			
Evento prevenibile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se SI come :	
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?			
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Ricovero in TI <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Trasferimento			
Altro specificare :			
Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		I familiari sono stati informati dell'evento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			