

Modulo**Segnalazione incidenti mancati/eventi avversi**ed. 3 rev. 00
20 marzo 2023 **originale** **copia controllata informatica** **copia controllata cartacea** _____ N. _____ **copia non controllata** distribuzione interna a cura del RQ **bozza**

Il presente modulo è il documento di registrazione degli incidenti mancati e degli eventi avversi.

Redazione

Vincenzo Parrinello,
Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Verifica

Antonio Lazzara,
Direttore Sanitario

Rosario Fresta,
Direttore Amministrativo

Approvazione

Antonio Lazzara,
Direttore Sanitario

Rosario Fresta,
Direttore Amministrativo

Ratifica

Gaetano Sirna,
Direttore Generale

La presente procedura è la revisione della ed. 2 rev. 00



scheda per la segnalazione di eventi avversi o mancati incidenti

I dati della presente scheda sono assolutamente riservati e dalle informazioni in essa contenute non potranno prendere avvio azioni giudiziarie o disciplinari; tali dati verranno utilizzati esclusivamente per il miglioramento della gestione del rischio clinico.

	UNITÀ OPERATIVA	COGNOME E NOME	QUALIFICA
	Facoltativo	Facoltativo	<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> ASS/OTA <input type="checkbox"/> ALTRO
Paziente	COGNOME E NOME		anni
Dove è successo?	<input type="checkbox"/> Sala operatoria <input type="checkbox"/> Camera degenza <input type="checkbox"/> Bagno	<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Corridoio esterno all'U.O. <input type="checkbox"/> Viali Presidio	<input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> Altro
Cosa è successo?			
Cosa si è reso necessario fare?	<input type="checkbox"/> niente		<input type="checkbox"/> rinviare il trattamento/procedura
	<input type="checkbox"/> osservazioni o monitoraggi ulteriori		<input type="checkbox"/> trasferire ad altra U.O.
	<input type="checkbox"/> eseguire indagini diagnostiche		<input type="checkbox"/> intervento chirurgico
	<input type="checkbox"/> somministrare farmaci		<input type="checkbox"/> ricovero in ospedale
	<input type="checkbox"/> cancellare un trattamento/procedura		
Quali esiti ha comportato l'evento?	<input type="checkbox"/> nessuno		
	<input type="checkbox"/> danno al paziente con disabilità temporanea		
	<input type="checkbox"/> danno al paziente con disabilità permanente		
	<input type="checkbox"/> decesso		



Perché è successo?

Professionista	Comunicazione interna	Organizzazione	Paziente
<input type="checkbox"/> personale di nuova acquisizione	<input type="checkbox"/> calligrafia illeggibile	<input type="checkbox"/> mancanza di procedura scritta	<input type="checkbox"/> non collaborante
<input type="checkbox"/> mancanza di esperienza	<input type="checkbox"/> assenza di prescrizione	<input type="checkbox"/> carenza di personale	<input type="checkbox"/> rapporto conflittuale
<input type="checkbox"/> non conoscenza di una procedura esistente	<input type="checkbox"/> prescrizione poco chiara	<input type="checkbox"/> impossibilità ad applicare una procedura esistente	<input type="checkbox"/> straniero
<input type="checkbox"/> distrazione	<input type="checkbox"/> consegne incomplete	<input type="checkbox"/> squilibrio nella attribuzione dei compiti	<input type="checkbox"/> fattori costituzionali e/o anatomici
<input type="checkbox"/> dimenticanza	<input type="checkbox"/> mancanza di braccialetto identificativo	<input type="checkbox"/> carente manutenzione apparecchiatura	<input type="checkbox"/> fattori legati alla patologia
<input type="checkbox"/> mancata applicazione di una procedura nota	<input type="checkbox"/> prescrizione verbale poco chiara	<input type="checkbox"/> non conoscenza corretto utilizzo apparecchiatura	<input type="checkbox"/> comunicazione
<input type="checkbox"/> fretta	<input type="checkbox"/> definizione di ruoli e responsabilità assente o poco chiara	<input type="checkbox"/> mancanza di supervisione	<input type="checkbox"/> informazione

altro (specificare)

Ci sono stati fattori che possono aver ridotto l'esito?

<input type="checkbox"/> individuazione precoce	<input type="checkbox"/> altro (specificare)
<input type="checkbox"/> buona assistenza	
<input type="checkbox"/> rispetto di una procedura	
<input type="checkbox"/> fortuna	

Firma

(Facoltativa)



Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed. 00 Rev. 00	Emissione	20/10/08
Ed. 01 Rev. 00	Integrazione con il sistema di gestione del rischio clinico DA 11 gennaio 2008 adeguamento alla norma UNI EN ISO 9001:2008	04/02/09