



MO-TR-040 MODELLO DI NOTIFICA NEAR-MISS

Reparto notificante: _____

Data segnalazione _____ Data/ora evento _____ : _____

Codice Paziente _____

Iniziali : Nome ____ Cognome ____

Data Nascita _____

Sesso: M F

Indicazione Terapia Trasfusionale _____

Note _____

Condizioni pre-esistenti	Si	No	ND
Gravidanza/IVG			
Precedente trasfusione			
Pregresse reazioni trasfusionali			
Immunodepressione			
Anemia emolitica autoimmune			
Piastrinopenia autoimmune			

n. gravidanze: ____

Altre informazioni cliniche/anamnestiche rilevanti: _____

Tipo errore (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Distribuzione emocomponente scaduto	<input type="checkbox"/> Emocomponente errato
<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sulla provetta	<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sacca
<input type="checkbox"/> Errore di determinazione del gruppo sul donatore	<input type="checkbox"/> Non corretto deflussore
<input type="checkbox"/> Paziente errato	<input type="checkbox"/> Errore laboratorio paziente
<input type="checkbox"/> Trasfusione emocomponente scaduto	<input type="checkbox"/> Utilizzo di unità non destinata al paziente
<input type="checkbox"/> Prelievo paziente errato	<input type="checkbox"/> Atro _____

Luogo (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Trasfusionale
<input type="checkbox"/> Emergenza / Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Sala operatoria
<input type="checkbox"/> Day-Hospital	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Domicilio	