



**DA INVIARE ALL’ U.O.S. GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DELLA QUALITA’  
 “SCHEDA SEGNALAZIONI EVENTI AVVERSI”**

Presidio		Unità Operativa:	
<input type="radio"/> S. Giovanni di Dio - Agrigento		<input type="radio"/> Barone Lombardo - Canicattì	
<input type="radio"/> S. Giacomo D’Altopasso - Licata		<input type="radio"/> F.lli Parlapiano - Ribera	<input type="radio"/> Giovanni Paolo II - Sciacca
Qualifica Operatore:			
<input type="radio"/> Infermiere/coordinatore		<input type="radio"/> Medico	
<input type="radio"/> Altro (specificare) .....			
Nome e Cognome del paziente e anno di nascita.....			
n. scheda nosologica/cartella clinica .....			
Dove ha avuto luogo l’evento:			
<input type="radio"/> camera paziente		<input type="radio"/> bagno	<input type="radio"/> sala operatoria
		<input type="radio"/> ambulatorio	<input type="radio"/> spazi comuni
Data e ora ..... in cui si è verificato l’evento			
Regime di Ricovero			
		<input type="radio"/> ricovero ordinario <input type="radio"/> ricovero D.H.	
Tipo di Ricovero			
		<input type="radio"/> programmato <input type="radio"/> urgente <input type="radio"/> TSO <input type="radio"/> ricovero programmato con pre-ricovero	
Tipo di prestazione			
		<input type="radio"/> prestazione ambulatoriale <input type="radio"/> prestazione in urgenza <input type="radio"/> intervento chirurgico	
<b>Breve Descrizione dell’Evento</b> (che cosa è successo?)			
<b>Tipo di evento:</b>			
(classificare l’evento indicando una delle tipologie preposte)			
<input type="radio"/> procedura diagnostica <input type="radio"/> procedura terapeutica <input type="radio"/> procedura chirurgica <input type="radio"/> prescrizione/somministrazione/ reazione da farmaci <input type="radio"/> prestazione assistenziale <input type="radio"/> procedura anestesiologicala <input type="radio"/> caduta <input type="radio"/> autolesione <input type="radio"/> parto <input type="radio"/> lesione da inadeguata postura/ decubito		<input type="radio"/> evento legato a somministrazione di sangue <input type="radio"/> infezione <input type="radio"/> intossicazione alimentare <input type="radio"/> non corretta identificazione di paziente/lato sede <input type="radio"/> maltrattamento <input type="radio"/> perdita/rottura di protesi <input type="radio"/> malfunzionamento di dispositivo/ apparecchiatura <input type="radio"/> informazione e consenso <input type="radio"/> erroneo utilizzo apparecchiatura/dispositivo medico	



Da inviare alla U.O.S. “Gestione del Rischio Clinico e della Qualità”

**“SCHEDE SEGNALAZIONI EVENTI AVVERSI”**

Possibili cause dell'evento (è possibile indicare più di una risposta)	Fattori legati al paziente	Fattori legati al personale	Fattori strutturali/organizzativi	
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> condizioni precarie</li> <li><input type="checkbox"/> non cosciente/disorien.</li> <li><input type="checkbox"/> poca /mancata autonomia</li> <li><input type="checkbox"/> barriere linguistiche/culturali</li> <li><input type="checkbox"/> mancata adesione programma terap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> difficoltà nel seguire le procedure</li> <li><input type="checkbox"/> inadeguate conoscenze/esperienza</li> <li><input type="checkbox"/> fatica/stress</li> <li><input type="checkbox"/> regola non seguita</li> <li><input type="checkbox"/> mancata/inesatta lettura documentazione</li> <li><input type="checkbox"/> mancata supervisione</li> <li><input type="checkbox"/> scarso lavoro di gruppo</li> <li><input type="checkbox"/> non verifica preventiva apparecchiatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> staff inadeguato/insufficiente</li> <li><input type="checkbox"/> insufficiente addestramento</li> <li><input type="checkbox"/> gruppo nuovo/inesperto</li> <li><input type="checkbox"/> elevato turn-over</li> <li><input type="checkbox"/> scarsa continuità assistenza</li> <li><input type="checkbox"/> procedura inesistente/ambigua</li> <li><input type="checkbox"/> insuccesso nel far rispettare procedura/protocollo</li> <li><input type="checkbox"/> mancato coordinamento</li> <li><input type="checkbox"/> mancata/inadeguata comunicazione</li> <li><input type="checkbox"/> mancanza/inadeguata manutenzione attrezzature</li> <li><input type="checkbox"/> mancanza/inadeguatezza materiale di consumo</li> <li><input type="checkbox"/> ambiente inadeguato</li> </ul>	
Fattori che possono aver ridotto l'esito	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> individuazione precoce</li> <li><input type="checkbox"/> buona assistenza</li> <li><input type="checkbox"/> buona pianificazione/protocollo</li> <li><input type="checkbox"/> fortuna</li> </ul>			
A seguito dell'evento è stato necessario eseguire indagini o prestazioni sanitarie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esami di laboratorio <input type="checkbox"/></li> <li>Esami radiologici <input type="checkbox"/></li> <li>ECG <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita medica <input type="checkbox"/></li> <li>Consulenza special. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicazioni <input type="checkbox"/></li> <li>Intervento CH <input type="checkbox"/></li> <li>Ricovero ord. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricovero in T.I. <input type="checkbox"/></li> <li>Trasferimento <input type="checkbox"/></li> </ul>
Come si poteva prevenire l'evento? (specificare)				
L'evento è documentato in cartella clinica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				

Firma (facoltativa) .....