

MODULO PER LA SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI/SENTINELLA

Nome-Cognome _____

Data dell'evento: _____ **Ora dell'evento:** _____ **Sesso:** M F

Nucleo/Servizio:

LISTA EVENTI AVVERSI/SENTINELLA

Indicare con il simbolo **[X]** l'Evento che è avvenuto:

1	Procedura in paziente sbagliato	
2	Errata procedura su paziente corretto	
3	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
4	Morte o grave danno per caduta di paziente	
5	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ASSC	
6	Violenza su paziente	
7	Atti di violenza a danno di operatore	
8	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intrastruttura, extrastruttura)	
9	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	

**Barrare un solo evento per ogni segnalazione*

Luogo dove si è verificato l'evento:

Ambulanza ☐ Ambulatorio ☐ Bagni ☐ Infermeria ☐ Corridoio nucleo ☐ Saloni centrali ☐
 Reparto di degenza ☐ Scale ☐ Camera di degenza ☐ Sala occupazionale ☐ Palestra ☐
 Altro ☐ (Specificare _____)

Breve descrizione dell'evento:

[illegible]

	SISTEMA GESTIONE ASSC	PT 14
	PROTOCOLLO IDENTIFICAZIONE EVENTI AVVERSI E SENTINELLA	Data 29/02/2024 Pagina 2 di 2

Esito dell'evento (barrare solo una casella):

- ☐ Morte
- ☐ Disabilità permanente
- ☐ Coma
- ☐ Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- ☐ Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- ☐ Trasferimento in PS e/o Reparto Ospedaliero
- ☐ Rianimazione cardio respiratoria
- ☐ Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura
- ☐ Altro

Se "Altro" Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture)

Cause e fattori che possono aver determinato l'evento o contribuito in qualche modo:

Azioni intraprese

Nome e Firma dell'operatore segnalatore