



<b>Dati relativi all'operatore che segnala</b>	Qualifica: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> medico</li> <li><input type="checkbox"/> infermiere</li> <li><input type="checkbox"/> altro (specificare).....</li> </ul>
<b>Evento riferito</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se SI, da: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> paziente</li> <li><input type="checkbox"/> visitatore/altro paziente</li> <li><input type="checkbox"/> altro operatore non sanitario</li> <li><input type="checkbox"/> parente del paziente interessato</li> <li><input type="checkbox"/> altro operatore sanitario</li> <li><input type="checkbox"/> badante/assistente</li> </ul>
<b>Dati relativi al paziente</b>	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F    anno di nascita.....
<b>Regime assistenziale</b>	<input type="checkbox"/> ricovero ordinario <input type="checkbox"/> DH/DS <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> altro
<b>Circostanze dell'evento</b>	data..... Giorno della settimana..... Ora..... Luogo/Reparto in cui si è verificato l'evento.....
<b>Descrizione dell'evento (cosa è successo?)</b>	
.....	
.....	
.....	

<b>TIPOLOGIE DI EVENTI</b>		
<b>Evento correlato a procedure/prestazioni</b>		
<input type="checkbox"/> ritardo procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> manata procedura diagnostica	<input type="checkbox"/> inadeguata procedura diagnostica
<input type="checkbox"/> ritardo procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> mancata procedura chirurgica	<input type="checkbox"/> inadeguata procedura chirurgica
<input type="checkbox"/> ritardo prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> mancata prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> inadeguata prestazione assistenziale
<b>Eventi particolari</b>		
<input type="checkbox"/> caduta	<input type="checkbox"/> evento collegato alla somministrazione del sangue	<input type="checkbox"/> altro.....
<input type="checkbox"/> manlf./malpos. dispositivo medico	<input type="checkbox"/> errore di paziente/lato/sede	
<b>Evento correlato alla gestione della terapia farmacologica</b>		
<b>Descrizione del farmaco</b>	<input type="checkbox"/> Nome commerciale <input type="checkbox"/> Principio attivo <input type="checkbox"/> Casa farmaceutica <input type="checkbox"/> Dosaggio e forma farmaceutica	
<b>Tipo di errore di terapia farmacologica</b>		
<input type="checkbox"/> Omissione/Farmaco non ordinato	<input type="checkbox"/> Via di somministrazione errata	
<input type="checkbox"/> Paziente sbagliato	<input type="checkbox"/> Errata registrazione	
<input type="checkbox"/> Farmaco errato	<input type="checkbox"/> Tecnica di somministrazione errata	
<input type="checkbox"/> Dose o posologia errata	<input type="checkbox"/> Incompatibile con la terapia e-o con lo stato del paziente	
<input type="checkbox"/> Forma farmaceutic errata	<input type="checkbox"/> monitoraggio inadeguato	
<input type="checkbox"/> Orario/Data di somministrazione errati	<input type="checkbox"/> Farmaco scaduto/avariato	
	<input type="checkbox"/> Altro.....	
<b>Causa dell'evento correlato alla gestione della terapia farmacologica</b>		
<input type="checkbox"/> Errore di prescrizione	<input type="checkbox"/> Farmaco non disponibile	
<input type="checkbox"/> Errore di trascrizione	<input type="checkbox"/> Allergia al farmaco già nota	
<input type="checkbox"/> Errore di comunicazione	<input type="checkbox"/> Dispensazione errata del farmaco	
<input type="checkbox"/> Errore di somministrazione	<input type="checkbox"/> Altro.....	
<input type="checkbox"/> Allestimento errato del farmaco		
<b>FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO (è possibile indicare più risposte)</b>		



<b>Fattori relativi al paziente</b>	<input type="checkbox"/> condizioni generali precarie/infermità <input type="checkbox"/> poca o mancata autonomia <input type="checkbox"/> mancata adesione al progetto terapeutico-assistenziale <input type="checkbox"/> non cosciente <input type="checkbox"/> barriere linguistiche e/o culturali
<b>Fattori relativi al personale</b>	<input type="checkbox"/> difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> scarsa integrazione nel gruppo <input type="checkbox"/> mancata o inesatta lettura documentazione <input type="checkbox"/> regola non seguita <input type="checkbox"/> mancata verifica preventiva apparecchi
<b>Fattori relativi al sistema</b>	<input type="checkbox"/> insufficiente addestramento <input type="checkbox"/> protocollo/procedura inesistente o ambigua <input type="checkbox"/> mancata supervisione <input type="checkbox"/> mancanza o inadeguatezza delle attrezzature <input type="checkbox"/> staff inadeguato/non formato <input type="checkbox"/> gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> mancato coordinamento <input type="checkbox"/> mancata o inadeguata manutenzione attrezzatura <input type="checkbox"/> altro (specificare).....

**FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO LE CONSEGUENZE DELL'EVENTO**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> individuazione precoce dell'errore<br><input type="checkbox"/> buona assistenza<br><input type="checkbox"/> buona pianificazione | <input type="checkbox"/> casualità<br><input type="checkbox"/> altro (specificare)..... |
|---|---|

**Come si poteva prevenire l'evento?** (es: verifica delle attrezzature prima dell'uso, sistema di monitoraggio allarme ecc...)

.....

.....

**CLASSIFICAZIONE DELL'EVENTO**

<b>Evento potenziale</b>	<input type="checkbox"/> Situazione pericolosa – danno potenziale – <b>evento non occorso</b> (es: pavimento sdruciolevole dove non sono avvenute cadute)
	<input type="checkbox"/> Situazione pericolosa – danno potenziale – <b>evento occorso ma intercettato</b> (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato; farmaco prescritto a paziente allergico allo stesso, ma mai somministrato)
<b>Evento accaduto</b>	<input type="checkbox"/> <b>NESSUN ESITO:</b> nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente)
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO MINORE:</b> nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO MODERATO:</b> indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) / trattamenti minori (es: bendaggi)
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO TRA IL MODERATO E IL SIGNIFICATIVO:</b> necessita di trattamenti con altri farmaci o di intervento chirurgico o cancellazione/posticipazione del trattamento o di trasferimento ad altra U.O.
	<input type="checkbox"/> <b>ESITO SIGNIFICATIVO:</b> ricovero in ospedale, trasferimento ad altra U.O. con prolungamento della degenza, condizioni che permangono alla dimissione
	<input type="checkbox"/> <b>EVENTO SEVERO:</b> disabilità permanente/contributo al decesso

**A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?**  SI  NO

Se SI, quali: <input type="checkbox"/> indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> visita medica	<input type="checkbox"/> consulenza specialistica <input type="checkbox"/> medicazioni <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> ricovero ordinario <input type="checkbox"/> trasferimento	<input type="checkbox"/> altro (specificare).....
<b>L'evento è stato documentato in cartella clinica?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO	
<b>Il paziente è stato informato dell'evento?</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO	
<b>Con che possibilità pensa possa ripetersi l'evento?</b>		