|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE**  **U.O. C. RISCHIO CLINICO AZIENDALE**  **Direttore: Dott.ssa Maria C. Riggio** | Servizio Sanitario Nazionale Regione Siciliana  VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI TEL.0923 805111 – FAX 0923 873745 Codice Fiscale – P. IVA 02363280815 |
| **SCHEDA AZIENDALE DI SEGNALAZIONE**  **DI EVENTO SENTINELLA**  **DISTRETTI SANITARI** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISTRETTO E OPERATORE SEGNALATORE** | **DISTRETTO:** | | | |
| Nome e Cognome dell’Operatore Segnalatore: | | | |
| Qualifica Operatore | 🞏 Medico 🞏 Infermiere 🞏 Coordinatore 🞏 Altro | | |
| **DATI RELATIVI AL PAZIENTE** | Nome e Cognome del paziente: | | | |
| N. SDO cartella clinica | | Sesso  🞏 M 🞏 F | Anno di nascita |
| **LUOGO DI ACCADIMENTO** | Luogo in cui si è verificato l’evento (es. bagno, camera, ambulatorio, ):  Data e Ora dell’evento: | | | |
| **REGIME DI EROGAZIONE** | 🞏 CD 🞏 RSA 🞏CTA 🞏 ADI  🞏 Ambulatorio 🞏 SERT 🞏 Altro | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **BREVE DESCRIZIONE DELL’EVENTO (CHE COSA È SUCCESSO?)** | |
|  | |
| **TIPO DI EVENTO SENTINELLA** |  |
| 1 Procedure in paziente sbagliato |  |
| 2 Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) |  |
| 3 Errata procedura su paziente corretto |  |
| 4 Strumento o altro materiale lasciato all’interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure |  |
| 5 Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 |  |
| 6 Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica |  |
| 7 Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto |  |
| 8 Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia genetica |  |
| 9 Morte o grave danno per caduta di paziente |  |
| 10 Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale |  |
| 11Violenza su paziente |  |
| 12 Atti di violenza a danno di operatore |  |
| 13 Morte o grave danno conseguente al malfunzionamento del sistema di trasporto (intra-extraospedaliero) |  |
| 14 Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa  118 e/o all’interno del pronto soccorso |  |
| 15 Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico |  |
| 16 Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FATTORI LEGATI**  **AL PAZIENTE** | Condizioni generali precarie/fragilità/infermità | 🞏 |
| Non cosciente/scarsamente orientato | 🞏 |
| Poca/mancata autonomia | 🞏 |
| Barriere linguistiche/culturali | 🞏 |
| Mancata adesione al progetto terapeutico | 🞏 |
| **FATTORI LEGATI**  **AL PERSONALE** | Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure | 🞏 |
| Inadeguate conoscenze/inesperienza | 🞏 |
| Fatica/stress | 🞏 |
| Presa scorciatoia/regola non seguita | 🞏 |
| Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta | 🞏 |
| Mancata supervisione | 🞏 |
| Scarso lavoro di gruppo | 🞏 |
| Mancata verifica preventiva apparecchiature | 🞏 |
| **FATTORI LEGATI**  **AL SISTEMA** | Staff inadeguato/insufficiente | 🞏 |
| Insufficiente addestramento/inserimento | 🞏 |
| Gruppo nuovo/inesperto | 🞏 |
| Elevato turn-over | 🞏 |
| Scarsa continuità assistenziale | 🞏 |
| Protocollo/procedura inesistente/ambigua | 🞏 |
| Insuccesso nel fare rispettare protocolli/procedure | 🞏 |
| Mancato coordinamento | 🞏 |
| Mancata/inadeguata comunicazione | 🞏 |
| Mancanza/inadeguatezza attrezzature | 🞏 |
| Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature | 🞏 |
| Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo | 🞏 |
| Ambiente inadeguato | 🞏 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESITO DELL’EVENTO** | | | | | | | | | | |
| 🞏 Morte  🞏 Disabilità permanente  🞏 Coma  🞏Stato di malattia che determina prolung.to della degenza/cronicizzaz. | | | 🞏 Trauma maggiore conseguente a caduta  🞏 Trasferimento UTI  🞏 Reintervento chirurgico  🞏Rianimazione cardio-respiratoria | | | | | | 🞏 TSO dopo tentativo di suicidio o violenza subita c/o struttura  🞏Reazione trasfusionale ad incompatibilità AB0 | |
| **A SEGUITO DELL’EVENTO È STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI O PRESTAZIONI SANITARIE?** | | | | | | | | | | |
| Indagini di  laboratorio | 🞏 | Altre indagini | | 🞏 | Medicazione | | 🞏 | Ricovero in UTI | | 🞏 |
| Indagini  radiologiche | 🞏 | Visita medica | | 🞏 | Intervento  chirurgico | | 🞏 | Trasferimento | | 🞏 |
| ECG | 🞏 | Consulenza  specialistica | | 🞏 | Ricovero  ordinario | | 🞏 | Altro | | 🞏 |
| **COME SI POTEVA PREVENIRE L’EVENTO?** (es.: verifica delle attrezzature prima dell’uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare. | | | | | | | | | | |
| L’evento è documentato nella cartella clinica?  Sì 🞏 No🞏 | | | | | | Il paziente è stato informato dell’evento?  Sì 🞏 No🞏 | | | | |