

<b>ALLEGATO</b>  <b>SCHEDA AZIENDALE</b> <b>DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI.</b> <b>FLUSSO INTERNO ALL'AZIENDA</b>  <b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI</b>	 <b>ASP</b> <b>TRAPANI</b> AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  <i>Via Mazzini 1, 91100 Trapani</i>	Codice del documento: <b>ALL.01.PRG.028.DrQr</b> Data di emissione : <b>01.09.2014</b>  N° di revisione: <b>1</b> Data di revisione: <b>07.02.2019</b>  <b>Pagina 3 di 3</b>
--	---	---

<b>FATTORI LEGATI AL SISTEMA</b>	
<input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> Elevato turn-over <input type="checkbox"/> Inadeguato/assente consenso informato <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali	<input type="checkbox"/> Assenza linee guida/protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo <input type="checkbox"/> Inadeguatezza linee guida/protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Ambiente fisico inadeguato(locali, logistica, microclima) <input type="checkbox"/> Violazione linee guida/protocolli/procedure <input type="checkbox"/> Altro _____
<b>ALTRI FATTORI</b>	

<b>ESITI DELL'EVENTO</b>		
<input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/> Disabilità permanente <input type="checkbox"/> Disabilità temporanea <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione	<input type="checkbox"/> Trauma maggiore conseguente a caduta <input type="checkbox"/> Trasferimento Unità di Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Reintervento chirurgico <input type="checkbox"/> Rianimazione cardio-respiratoria <input type="checkbox"/> Nessun danno	<input type="checkbox"/> Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici dopo tentativo di suicidio o violenza subita c/o struttura <input type="checkbox"/> Reazione trasfusionale ad incompatibilità ABO <input type="checkbox"/> Altro.....

<b>A SEGUITO DELL'EVENTO È STATO NECESSARIO ESEGUIRE ULTERIORI INDAGINI O PRESTAZIONI SANITARIE?</b>			
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Ricovero in terapia intensiva
<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Trasferimento	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica
<input type="checkbox"/> Nessun trattamento	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Medicazione	<input type="checkbox"/> Altro_____

**Suggerimenti: 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Il paziente è stato informato dell'evento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	--

**Firma** \_\_\_\_\_  
(obbligatorio in caso di evento sentinella)