


	REGIONE LAZIO <b>ASL ROMA 1</b>	
	<b>MODULO DI SEGNALAZIONE</b> <b>EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI / NEAR MISS</b>	Rev. 3 13/02/2020

**Dopo la compilazione la scheda dovrà essere inviata al SPRM / Rischio Clinico**

**e-mail: [rischioclinico@aslroma1.it](mailto:rischioclinico@aslroma1.it)**

La presente scheda vuole essere uno strumento per segnalare gli (eventi avversi e quasi eventi) che possono verificarsi durante le attività lavorative

**Evento Sentinella:** Un evento sentinella è definito come un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

**Evento Avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e indesiderabile.

**Quasi evento (near miss)** errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato.

**Data della segnalazione :**  ☐ **Evento Sentinella** ☐ **Evento avverso** ☐ **Near Miss**

<b>Dati del:</b>  <input type="checkbox"/> <b>Visitatore</b> <input type="checkbox"/> <b>Paziente</b> <input type="checkbox"/> <b>Dipendente</b>	Nome Cognome <input type="text"/> SDO <input type="text"/> Data ricovero: <input type="text"/> Data di nascita: <input type="text"/> Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Regime di assistenza: <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Altro: <input type="text"/>
<b>Struttura che segnala</b>	<input type="checkbox"/> P.O. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> U.O. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> DS <input type="text"/> <input type="checkbox"/> DSM <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Dip. Prev. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> Recapito tel. <input type="text"/> Email: <input type="text"/>
<b>Circostanza dell'evento</b>	Evento verificatosi il <input type="text"/> Ora <input type="text"/> Luogo <input type="text"/> Chi era presente : <input type="text"/>
<b>Descrizione dell'evento:</b> Fornire una breve descrizione dell'evento e delle modalità di svolgimento dello stesso, descrivendo particolari utili al fine di identificare e classificare la tipologia di errore avvenuta e le conseguenze per il paziente.	<input style="height: 150px;" type="text"/>
<b>Da compilare solo in caso di caduta del paziente con danno grave</b>	Motivo: <input type="text"/> Tipo calzatura: <input type="checkbox"/> Aperta <input type="checkbox"/> Chiusa <input type="checkbox"/> Senza calzatura Terapia in atto : <input type="checkbox"/> Sedativi del SNC <input type="checkbox"/> Lassativi <input type="checkbox"/> Diuretici <input type="checkbox"/> Ipotensivanti

	Scheda Multidimensionale: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (da allegare) Compilata il: <input type="text"/> Punteggio: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 72 Ore il <input type="text"/> Punteggio: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 120 Ore il <input type="text"/> Punteggio: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Al Bisogno il <input type="text"/> Punteggio: <input type="text"/>
<b>Da compilare solo in caso di eventi da correlare alla terapia farmacologica</b>	Specificare il tipo di farmaco coinvolto: <input type="text"/> In quale fase della terapia è avvenuto l'evento? <input type="checkbox"/> Prescrizione <input type="checkbox"/> Trascrizione <input type="checkbox"/> Preparazione <input type="checkbox"/> Somministrazione Tipo di errore ( es: errore di dosaggio / via di somministrazione/ velocità di somministrazione/ mancata somministrazione / scambio di farmaci /Look – Alike/ Sound - Alike) <input type="text"/>
<b>Trattamenti indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento:</b> <b>(Allegare copia dei referti)</b>	<input type="checkbox"/> Visita Medica <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Consulenza Specialistica (Specificare) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Indagini Radiologiche <input type="checkbox"/> TAC <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Senza MdC <input type="checkbox"/> Con MdC <input type="checkbox"/> RM <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Senza MdC <input type="checkbox"/> Con MdC <input type="checkbox"/> ECO <input type="text"/> <input type="checkbox"/> RX <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Apparecchi Gessati <input type="checkbox"/> Intervento Chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero in T.I. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Trasferimento presso (Specificare UO/ Presidio) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Altro <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nessun trattamento / indagine sanitaria L'evento è stato comunicato: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI a chi? <input type="text"/>

**Fattori che possono aver contribuito all'evento:**

**Fattori legati al paziente**

- ☐ Grossa Fragilità o Infermità  
☐ Non cosciente/scarsamente orientato  
☐ Poca/mancata autonomia  
☐ Barriere linguistiche/culturali  
☐ Mancata adesione al progetto terapeutico

☐ Altro (specificare)

**Fattori legati al personale**

- ☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure  
☐ Inadeguate conoscenze/inesperienza/formazione  
☐ Fatica/Stress  
☐ Presa scorciatoia/regola non seguita  
☐ Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta  
☐ Mancata supervisione

☐ Mancato coordinamento

☐ Scarso lavoro di gruppo

☐ Altro (specificare)

**Fattori legati al sistema**

- ☐ Staff inadeguato/insufficiente  
☐ Insufficiente addestramento/inserimento  
☐ Gruppo nuovo / inesperto  
☐ Elevato turn over  
☐ Scarsa continuità assistenziale

☐ Protocollo / procedura inesistente o ambigua

- ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure  
☐ Mancata / inadeguata comunicazione  
☐ Mancanza/inadeguatezza attrezzature  
☐ Mancato/inadeguato funzionamento attrezzature  
☐ Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature  
☐ Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo  
☐ Mancanza/carenza delle istruzioni di utilizzo

☐ Altro Specificare

☐ Altro Specificare

☐ Altro Specificare

**Esito dell'evento:**

- ☐ nessun esito (evento che non ha provocato al paziente nessun danno)
- ☐ minore (evento che provoca al paziente solo disturbi temporanei e limitati /nessun danno)
- ☐ moderato (osservazioni o monitoraggi extra / ulteriore visita medica / indagini diagnostiche minori/trattamenti minori)
- ☐ moderato e significativo (osservazioni o monitoraggi extra / ulteriore visita medica specialistica / indagini diagnostiche complesse/trattamenti con altri farmaci/ trasferimento ad altra UO senza prolungamento dei giorni di degenza)
- ☐ significativo (evento che comporta una invalidità temporanea con un prolungamento dei giorni di degenza)
- ☐ severo (evento che causa morte o danni ed invalidità permanente all'interessato)

Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? ☐ SI ☐ NO Quali?

**Dati relativi  
all'operatore che  
segnala  
(facoltativo)**

Nome e Cognome dell'operatore:

☐ Direttore U.O. ☐ Coordinatore Prof. Sanitarie ☐ Facilitatore ☐ Altro

*Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive/migliorative per prevenire in futuro il ripetersi di tali eventi e dei relativi rischi.*