

	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1		
	<b>MODULO DI SEGNALAZIONE</b> <b>EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI / NEAR MISS</b>	Rev. 2 11/10/2017	Pag. 1/2

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

**Fax: 06 77306185**

**e-mail: 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 _____ SDO _____ Data ricovero ____/____/____ Data di nascita ____/____/____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Regime di assistenza: <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Altro _____
<b>Struttura che segnala</b>	<input type="checkbox"/> P.O. _____ <input type="checkbox"/> U.O. _____ <input type="checkbox"/> DS _____ <input type="checkbox"/> DSM _____ <input type="checkbox"/> Dip. Prev _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ Recapito tel. _____ Email _____ @ _____
<b>Circostanza dell'evento</b>	Evento verificatosi il ____/____/____ Ora ____:____ Luogo _____ Chi era presente : _____
<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.	
<b>Da compilare solo in caso di caduta del paziente con danno moderato e significativo</b>	Motivo _____ 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 Scala di Conley: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (da allegare) compilata il _____ punteggio _____ <input type="checkbox"/> 72 ore il _____ punteggio _____ <input type="checkbox"/> 120 ore il _____ punteggio _____ <input type="checkbox"/> al bisogno il _____ punteggio _____

<b>Da compilare solo in caso di eventi da correlare alla terapia farmacologica</b>	Specificare il tipo di farmaco coinvolto: _____ 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 ..... ) _____ _____
<b>Trattamenti indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento:</b>  <u>(Allegare copia dei referti)</u>	<input type="checkbox"/> Visita Medica <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Consulenze specialistiche (Specificare) _____ <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche : <input type="checkbox"/> TAC _____ <input type="checkbox"/> Senza MdC <input type="checkbox"/> Con MdC <input type="checkbox"/> RM _____ <input type="checkbox"/> Senza MdC <input type="checkbox"/> Con MdC <input type="checkbox"/> ECO _____ <input type="checkbox"/> RX _____ <input type="checkbox"/> Apparecchi gessati <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero in terapia intensiva _____ <input type="checkbox"/> Trasferimento presso (Specificare UO/ Presidio) _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Nessun trattamento / indagine sanitaria L'evento è stato comunicato <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI a chi? _____

**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
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

**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?

<b>Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)</b>	Nome e Cognome dell'operatore _____ <input type="checkbox"/> Direttore U.O. <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Facilitatore <input type="checkbox"/> 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.*