

**SCHEMA DI INCIDENT REPORTING A.O.U.**

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Azienda/Casa di Cura		Unità Operativa			
	Nome e Cognome dell'operatore (facoltativo)					
Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/caposala <input type="checkbox"/> Altro specificare _____					
	Nome e Cognome del paziente (facoltativo)					
Dati relativi al paziente	N° di scheda nosologica		Anno di nascita/Età			
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento (es. bagno, camera,...)					
	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento.					
Tipo di prestazione	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario		<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale			
	<input type="checkbox"/> Ricovero DH		<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico			
<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare <input type="checkbox"/> Altro _____						
<b>Descrizione dell'evento</b> (Che cosa è successo?)						
<b>Fattori che possono aver contribuito all'evento</b> (è possibile indicare più di una risposta)						
Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità		<input type="checkbox"/>	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/insufficiente	<input type="checkbox"/>
	Non cosciente/scarsamente orientato		<input type="checkbox"/>		Insufficiente addestramento/inserimento	<input type="checkbox"/>
	Poca/mancata autonomia		<input type="checkbox"/>		Gruppo nuovo/inesperto	<input type="checkbox"/>
	Barriere linguistiche/culturali		<input type="checkbox"/>		Elevato turn-over	<input type="checkbox"/>
	Mancata adesione al progetto terapeutico		<input type="checkbox"/>		Scarsa continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>
Fattori legati al personale	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure		<input type="checkbox"/>	Protocollo/procedura inesistente/ambigua	<input type="checkbox"/>	
	Inadeguate conoscenze/inesperienza		<input type="checkbox"/>	Insuccesso nel far rispettare protoc/procedure	<input type="checkbox"/>	
	Fatica/stress		<input type="checkbox"/>	Mancato coordinamento	<input type="checkbox"/>	
	Presa scorciatoia/regola non seguita		<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata comunicazione	<input type="checkbox"/>	
	Mancata/inesatta lettura documentaz./etichetta		<input type="checkbox"/>	Mancanza/inadeguatezza attrezzature	<input type="checkbox"/>	
	Mancata supervisione		<input type="checkbox"/>	Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature	<input type="checkbox"/>	
	Scarso lavoro di gruppo		<input type="checkbox"/>	Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo	<input type="checkbox"/>	
	Mancata verifica preventiva apparecch.		<input type="checkbox"/>	Ambiente inadeguato	<input type="checkbox"/>	
Altri fattori (specificare):						
<b>Fattori che possono aver ridotto l'esito</b>						
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce		<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo		<input type="checkbox"/> Fortuna		
<input type="checkbox"/> Buona assistenza		<input type="checkbox"/> Altro (specificare)				
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b>						
Indagini di laboratorio		<input type="checkbox"/>	Altre indagini		<input type="checkbox"/>	
Indagini radiologiche		<input type="checkbox"/>	Medicazioni		<input type="checkbox"/>	
ECG		<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Ricovero in TI		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Trasferimento		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Altro _____		<input type="checkbox"/>	
<b>Come si poteva prevenire l'evento?</b> (es.: verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme, ecc.). Specificare.						
<b>L'evento è documentato in cartella clinica?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			<b>Il paziente è stato informato dell'evento?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

I dati contenuti nei campi colorati in grigio non saranno registrati nel database