

SCHEDA DI SEGNALAZIONE



I.R.C.C.S.
“S. de Bellis”
Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia
Castellana Grotte (BA)

<input type="checkbox"/> EVENTO AVVERSO		E1					
<input type="checkbox"/> PROCEDURA POTENZIALMENTE LESIVA CHE NON HA CAUSATO DANNO		E2					
<input type="checkbox"/> PROCEDURA POTENZIALMENTE LESIVA INTERROTTA PRIMA DEL VERIFICARSI DEL DANNO		E3					
DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA, ALL'UNITA' OPERATIVA, ALL'OPERATORE CHE COMPILA	STRUTTURA:		COD.				
	UNITA' OPERATIVA:		COD.				
	DATI RELATIVI ALL'OPERATORE	<input type="checkbox"/> MEDICO MED	<input type="checkbox"/> FARMACISTA FAR				
		<input type="checkbox"/> COORD. COD	<input type="checkbox"/> TECNICO TEC				
		<input type="checkbox"/> INFERMIERE INF	<input type="checkbox"/> O.S.S.				
<input type="checkbox"/> ALTRO ALT		<input type="checkbox"/> AUSILIARIO AUS					
DATI PAZIENTE	NOME E COGNOME:	DATA E LUOGO DI NASCITA:	ETA':				
	RESIDENZA:	SESSO:					
	NUMERO DI CARTELLA:	N. STANZA:	DATA DI RICOVERO:				
	DIAGNOSI:						
CIRCOSTANZE EVENTO	LUOGO IN CUI SI E' VERIFICATO L'EVENTO	<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	L/AMB	<input type="checkbox"/> SPAZI COMUNI	L/SPC		
		<input type="checkbox"/> DEGENZA	L/DEG	<input type="checkbox"/> TRASPORTO	L/TRA		
		<input type="checkbox"/> MEDICHERIA	L/MED	<input type="checkbox"/> STANZA ACCOGLIENZA	L/SA		
		<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	L/PS	<input type="checkbox"/> ALTRO	L/ALT		
		<input type="checkbox"/> SALA OPERATORIA	L/SO				
	DATA EVENTO	ORA EVENTO	<input type="checkbox"/> FESTIVO	<input type="checkbox"/> FERIALE	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> N
	REGIME DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO RO		<input type="checkbox"/> RICOVERO URGENTE RU			
		<input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL DH		<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA ACC			
		<input type="checkbox"/> AMBULATORIALE AMB		<input type="checkbox"/> RSA			
	TIPO DI PRESTAZIONE	<input type="checkbox"/> DOMICILIARE DOM		<input type="checkbox"/> LIBERA PROFESSIONE LP			
<input type="checkbox"/> INTERVENTO CHIRURGICO IC		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA DI LABORATORIO COD. DL					
<input type="checkbox"/> PROCEDURA INVASIVA COD. PI		<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA STRUMENTALE COD. DS					
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA IMMAGINI COD. DI		<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE DOMICILIARE RIAB. COD. PRD					
<input type="checkbox"/> ACCOGLIENZA							
TIPO DI EVENTO	<input type="checkbox"/> RITARDO PROCEDURA DIAGNOSTICA		<input type="checkbox"/> MANCATA PROCEDURA DIAGNOSTICA		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA PAZIENTE/LATO		
	COD. RPD		COD. MPD		COD. IPL		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PROCEDURA CHIRURGICA		<input type="checkbox"/> MANCATA PROCEDURA CHIRURGICA		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA PROCEDURA CHIRURG.		
	COD. RPC		COD. MPC		COD. IPC		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PROCEDURA TERAPEUTICA		<input type="checkbox"/> MANCATA PROCEDURA TERAPEUTICA		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA PROCEDURA TERAPEUT.		
	COD. RPT		COD. MPT		COD. IPT		
	<input type="checkbox"/> RITARDO SOMMINISTR. FARMACO		<input type="checkbox"/> MANCATA SOMMINISTR. FARMACI		<input type="checkbox"/> INESATTEZZA SOMMINISTR. FARMACO		
	COD. RSF		COD. MPC		COD. ISF		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PRESTAZIONE ASSISTENZIALE		<input type="checkbox"/> MANCATA PRESTAZIONE ASSISTENZ.		<input type="checkbox"/> NON APPROPRIATA PROCED. DIAGN.		
	COD. RPA		COD. MPA		COD. NAPD		
	<input type="checkbox"/> RITARDO PRESTAZIONE RIABILITATIVA		<input type="checkbox"/> INFEZIONI LEGATE ALL'ASSISTENZA		<input type="checkbox"/> NON APPROPRIATA PROCED. TERAP.		
	COD. RPR		COD. ICA		COD. NAPT		
<input type="checkbox"/> CADUTA				<input type="checkbox"/> NON APPROPRIATA PRESTAZ. RIABIL.			
COD. CAD				COD. NAPR			
BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO:							
CONSIDERAZIONI E SUGGERIMENTI:							
CONDIZIONI DEL PAZIENTE	<input type="checkbox"/> CONDIZIONI GENERALI PRECARIE, GRAVITA' DELLE INFERMITA'						
	<input type="checkbox"/> PATOLOGIE ACUTE			<input type="checkbox"/> PRECEDENTI CADUTE			
	<input type="checkbox"/> DEFICIT COGNITIVO			<input type="checkbox"/> INCONTINENZA			
	<input type="checkbox"/> DEFICIT VISTA			<input type="checkbox"/> UTILIZZO FARMACI			
	<input type="checkbox"/> INSTABILITA' DELLA MARCIA			<input type="checkbox"/> CONTENZIONE			
	<input type="checkbox"/> DISTURBI DELLA COSCIENZA E/O ORIENTAMENTO						
FATTORI ORGANIZZATIVI O STRUTTURALI	<input type="checkbox"/> CONDIZIONI AMBIENTALI (MICROCLIMA LUCE SPAZI FISICI)			<input type="checkbox"/> DIFETTI IMPIANTI			
	<input type="checkbox"/> BARRIERE LINGUISTICHE/CULTURALI			<input type="checkbox"/> TRASPORTI			
	<input type="checkbox"/> DIFETTI DELLA COMUNICAZIONE			<input type="checkbox"/> CARENZE STRUTTURALI			
	<input type="checkbox"/> CARICHI DI LAVORO			<input type="checkbox"/> DIFETTO/ASSENZA DI PROCEDURA			
	<input type="checkbox"/> CADUTADIFETTOSA ATTREZZATURA ELETTROMEDICALE DOMICILIARE						
OPERATORE	<input type="checkbox"/> INSUF. FORMAZIONE/ESPERIENZA OP/IFE			<input type="checkbox"/> FATICA OP/F			
	<input type="checkbox"/> DISTRAZIONE OP/D			<input type="checkbox"/> ALTRO ALT			
GRADUAZIONE EVENTO	<input type="checkbox"/> NESSUN DANNO GE/ND			<input type="checkbox"/> LIEVE GE/LV		<input type="checkbox"/> MEDICO GE/MO	
	<input type="checkbox"/> GRAVE GE/GR			<input type="checkbox"/> MORTE GE/MT			
NOTE:							