

SCHEDA A

SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA

Scheda A - Segnalazione dell'Evento Sentinella - (Fonte: Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella – Ministero della Salute)

* Denominazione Struttura Sanitaria:

.....

ASSL di appartenenza:

Regione: Provincia: Comune:

Tipo struttura:

* Referente per la compilazione:.....

Qualifica:

Tel: e-mail:

Data compilazione/...../.....

LISTA EVENTI SENTINELLA

Indicare con il simbolo [X] l'Evento Sentinella che è avvenuto (barrare un solo evento per ogni segnalazione)

1	Procedura in paziente sbagliato	[]
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	[]
3	Errata procedura su paziente corretto	[]
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	[]
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	[]
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	[]
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	[]
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	[]
9	Morte o grave danno per caduta di paziente	[]
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	[]
11	Violenza su paziente	[]
12	Atti di violenza a danno di operatore	[]
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	[]



SCHEDA A
SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA

14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	[]
15	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico	[]
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	[]

* Data dell'evento/...../.....

* Ora dell'evento Disciplina/Assistenza:

Luogo dove si è verificato l'evento

<input type="checkbox"/> Ambulanza	<input type="checkbox"/> Corridoio	<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Altro (ad es. Sala parto, Pronto Soccorso)
<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Scale	
<input type="checkbox"/> Bagni	<input type="checkbox"/> Reparto di degenza	<input type="checkbox"/> Terapia intensiva	

Dati relativi al paziente

* Sesso: ☐ M ☐ F ↑ * Anno di nascita

Breve descrizione dell'evento

.....

.....

.....

.....

.....

* Esito dell'evento (barrare solo una casella):

<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Disabilità permanente	<input type="checkbox"/> Coma
--------------------------------	--	-------------------------------

☐ Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione

☐ Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente

☐ Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva

<input type="checkbox"/> Reintervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Rianimazione cardiorespiratoria
--	--

☐ Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell'ambito della struttura

☐ Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO

☐ Altro*

* Se "Altro" specificare (ad esempio trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, traumi e fratture)

SCHEDA A
SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA

Cause e fattori che possono aver determinato l'evento o contribuito in qualche modo:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tutte le informazioni fornite rimarranno confidenziali

Si ringrazia per la collaborazione e si chiede di inviare la Scheda A di segnalazione dell'Evento Sentinella all'indirizzo e-mail del Clinical Risk Manager della ASSL.

*** Dato obbligatorio**