

ALERT REPORT

M-3_PGS-1_ ST000401

Edizione 22/01/2020
Revisione n°0 22/01/2020

Pagina 1 di 2

AUDIT DI RISCHIO CLINICO**Ambito di accadimento
dell'Evento sentinella**☐ OSPEDALIERO ☐ TERRITORIALE☐ ASSL**Partecipanti all'Audit di
Rischio Clinico ***

* Indicare solo i ruoli nell'Unità Operativa (es: Direttore/Responsabile, Medico, Infermiere, Coordinatore,..)

Numero incontro:**Data:**...../...../.....**Sede:**.....
.....**Segnalazione Evento Sentinella
(Luogo e data)**.....
.....**Descrizione dell'Evento Sentinella****Analisi dell'Evento Sentinella e individuazione delle cause e dei fattori contribuenti**

ALERT REPORT

Azione di miglioramento n. 1

.....
.....

Tempistica

☐ NELL'IMMEDIATO

☐ BREVE TERMINE(≤ 6 mesi)

☐ MEDIO TERMINE (> 6 e ≤ 12 mesi)

☐ LUNGO TERMINE(> 12 mesi)

Responsabile/i

Periodicità Monitoraggio (Es: mensile, trimestrale, semestrale ecc.)

Azione di miglioramento n. 2

.....
.....

Tempistica

☐ NELL'IMMEDIATO

☐ BREVE TERMINE(≤ 6 mesi)

☐ MEDIO TERMINE (> 6 e ≤ 12 mesi)

☐ LUNGO TERMINE(> 12 mesi)

Responsabile/i

Periodicità Monitoraggio (Es: mensile, trimestrale, semestrale ecc.)

Azione di miglioramento n.

.....
.....

Tempistica

☐ NELL'IMMEDIATO

☐ BREVE TERMINE(≤ 6 mesi)

☐ MEDIO TERMINE (> 6 e ≤ 12 mesi)

☐ LUNGO TERMINE(> 12 mesi)

Responsabile/i

Periodicità Monitoraggio (Es: mensile, trimestrale, semestrale ecc.)