

Sito web www.ausl.pe.it	AUSL PESCARA	Revisione 01
	U.O.S.D. RISK MANAGEMENT Responsabile Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Anno emissione 2017
	SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA	Redazione Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dr.ssa Rosangela Antuzzi
	Tel. 085.425.3523 e-mail <i>riskmanagement@ausl.pe.it</i>	

Dati relativi all'U.O. e all'Operatore		
Struttura aziendale: PP.OO. : Pescara <input type="checkbox"/> Penne <input type="checkbox"/> Popoli <input type="checkbox"/> D.S.B. <input type="checkbox"/> di		
Dipartimento <input type="checkbox"/> di		
Unità Operativa <input type="checkbox"/> di		
Compilatore:		
Cognome: Nome		
Qualifica: Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare <input type="checkbox"/>		
TIPOLOGIA DI EVENTO SENTINELLA		
Indicare con il simbolo X sulla terza colonna l'Evento sentinella che è avvenuto.		
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 ulteriore procedura	
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al 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 del 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 a un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra ospedaliero)	
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione de codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	
15	Morte o grave danno imprevisi o conseguente ad intervento chirurgico	
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	
DATI RELATIVI ALL'EVENTO		
Data/...../...../ Ora		
Luogo dove si è verificato l'evento: (es. reparto di degenza, ambulatorio, sala operatoria, ambulanza)		
.....		
.....		
.....		

Descrizione sintetica della modalità con cui è avvenuto l'evento

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita/...../...../

Danni/lesioni riportati dal Paziente (es. morte, come, disabilità permanente, necessità di reintervento chirurgico etc).

Data _____

Firma e timbro del compilatore

Il presente modulo deve essere compilato in maniera leggibile in tutte le sue sezioni, deve essere inviato alla U.O.S.D. Risk Management (email - riskmanagement@ausl.pe.it).