

Sito web www.ausl.pe.it	AUSL PESCARA	Revisione 01
	<b>U.O.S.D. RISK MANAGEMENT</b> Responsabile Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Anno emissione 2017
	<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA</b>	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		
<b>Struttura aziendale:</b> 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 .....		
<b>Compilatore:</b>		
Cognome: ..... Nome .....		
Qualifica: Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare <input type="checkbox"/> .....		
TIPOLOGIA DI EVENTO SENTINELLA		
<b>Indicare con il simbolo X sulla terza colonna l'Evento sentinella che è avvenuto.</b>		
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](mailto:riskmanagement@ausl.pe.it)).