



## AZIENDA AUSL PESCARA

Ufficio di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico

Dirigente Medico Responsabile Dr.ssa AnnaMaria Ambrosi

Tel.085 4253025 /fax 085425380 e.mail: annamaria.ambrosi@ausl.pe.it

REV. 0/2013

ALL. 2

### Scheda di segnalazione di evento sentinella

#### Dati relativi all'U.O. e all'Operatore

**Struttura aziendale:** PP.OO. : Pescara  Penne  Popoli  D.S.B.  di .....  
Dipartimento  di.....  
Unità Operativa  di .....

**Compilatore:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Qualifica: Medico  Infermiere  Altro  specificare.....

#### 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 lasciata 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 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)	
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 imprevisi 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, compilato in maniera leggibile in tutte le sue sezioni, deve essere inviato all'Ufficio Gestione Rischio Clinico (fax 085 4253080 e.mail: [annamaria.ambrosi@ausl.pe.it](mailto:annamaria.ambrosi@ausl.pe.it)) e una copia conservata nella Cartella Clinica del Paziente.**