

Da questo punto in poi compilazione a cura del Responsabile medico dell'Incident reporting-

Esito dell'evento		
Evento potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	Livello 1 <input type="checkbox"/>
	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	Livello 2 <input type="checkbox"/>
Evento effettivo	NESSUN ESITO - evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)	Livello 3 <input type="checkbox"/>
	ESITO MINORE - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	Livello 4 <input type="checkbox"/>
	ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici)	Livello 5 <input type="checkbox"/>
	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o postecipazione del trattamento/ trasferimento ad	Livello 6 <input type="checkbox"/>
	ESITO SIGNIFICATIVO - ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione	Livello 7 <input type="checkbox"/>
	ESITO SEVERO - disabilità permanente/contributo al decesso	Livello 8 <input type="checkbox"/>
Valutazione del rischio futuro		
Possibilità di accadimento di eventi analoghi	Frequente (più di 1 evento/anno) Raro (<u>meno di 1 evento/anno</u>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo	Esito minore (fino a Livello 4) Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quali?		
L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? (es. ritardi, ecc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quali?		
C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se si, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)		
Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Commentare		

Responsabile medico dell'Incident reporting _____ Firma _____ Data _____

1. La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico-assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, **in caso di altri obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.**
2. La scheda può essere riconsegnata al Responsabile di Unità Operativa, anche in forma anonima.
3. Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **la scheda verrà de-identificata per quanta riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.**
4. Dopo la compilazione della parte a cura del responsabile inviare la scheda a: