



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

SCHEDA DI SEGNALAZIONE



A.D. MDLXII

S.S.D. Qualità, Accreditamento,
Clinical Governance, Risk
Management

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|---------------|
| TIPOLOGIA MODULO | CODIFICA GEST ES POS01 MOD01 | VERSIONE 01 | DATA Ottobre 2023 | Pagina 1 di 4 |
|-----------------------------|--|-----------------------|-----------------------------|---------------|

Denominazione Struttura Sanitaria _____

* Referente per la compilazione

Nome e Cognome _____

Qualifica _____ email _____ Tel _____

Data compilazione [] [] []

Data in cui si è manifestato l'evento sentinella [] [] []

Struttura in cui si è manifestato l'evento o è ricoverato il paziente

Luogo dove si è verificato l'incidente (es. reparto di degenza, sala operatoria, terapia, intensiva, ambulatorio, bagni, scale, corridoio, ambulanza, domicilio, ecc.)

Dati Paziente:

| | | | | | |
|----------|---------|------|-----------------|-----|--|
| Iniziali | Cognome | Nome | Data di nascita | Età | SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
|----------|---------|------|-----------------|-----|--|

N. cartella Clinica/ ADT _____

Tipo di assistenza: Ricovero ordinario DH/DS Ambulatorio Altro (Specificare) _____

EVENTO SENZA ESITO

EVENTO CON ESITO

TIPOLOGIA
MODULO**CODIFICA**
GEST ES POS01 MOD01**VERSIONE**
01**DATA**
Ottobre 2023

Pagina 3 di 4

ESITO DELL'EVENTO:

| | |
|--|--------------------------|
| Coma | <input type="checkbox"/> |
| Disabilità permanente | <input type="checkbox"/> |
| Morte | <input type="checkbox"/> |
| Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO | <input type="checkbox"/> |
| Reintervento chirurgico | <input type="checkbox"/> |
| Rianimazione cardio respiratoria | <input type="checkbox"/> |
| Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza nell'ambito della struttura | <input type="checkbox"/> |
| Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione | <input type="checkbox"/> |
| Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva | <input type="checkbox"/> |
| Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente | <input type="checkbox"/> |
| Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità (ad es. Rx, TAC) | <input type="checkbox"/> |

Altro (specificare)

L'evento è stato riportato in cartella clinica?

 SI NO

Il paziente e i suoi familiari sono stati informati dell'accaduto

 SI NO

In che modo? (es. telefonicamente, colloquio in presenza)

LISTA EVENTI SENTINELLA

Per favore indichi con una X l'Evento Sentinella che è avvenuto. Barrare un solo evento per ogni segnalazione

| | | |
|----|--|--------------------------|
| 1 | procedura in paziente sbagliato | <input type="checkbox"/> |
| 2 | procedura chirurgica in parte sbagliata del corpo (lato, organo o parte) | <input type="checkbox"/> |
| 3 | errata procedura su paziente corretto | <input type="checkbox"/> |
| 4 | strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure | <input type="checkbox"/> |
| 5 | reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ab0 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | morte, coma, gravi alterazioni funzionali da errori in terapia farmacologica | <input type="checkbox"/> |
| 7 | morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto | <input type="checkbox"/> |
| 8 | morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita | <input type="checkbox"/> |
| 9 | morte o grave danno per caduta di paziente | <input type="checkbox"/> |
| 10 | suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale | <input type="checkbox"/> |
| 11 | violenza su paziente | <input type="checkbox"/> |
| 12 | atti di violenza a danno di operatori | <input type="checkbox"/> |
| 13 | morte o grave danno conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto (intra o extra ospedaliero) | <input type="checkbox"/> |
| 14 | morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso | <input type="checkbox"/> |
| 15 | morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico | <input type="checkbox"/> |
| 16 | ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente | <input type="checkbox"/> |

* La scheda può essere compilata dall'operatore, ANCHE IN ANONIMATO, e deve essere mandata via mail all'Ufficio Qualità Accreditamento Clinical Governance, Risk Management nel più breve tempo possibile, all'indirizzo roberto.foddanu@aouss.it (il Servizio si impegna a mantenere l'anonimato richiesto dal segnalatore)

Data _____