



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale

SCHEDA DI SEGNALAZIONE



A.D. MDLXII

S.S.D. Qualità, Accreditazione,
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 _____