



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



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 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)

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

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 _____