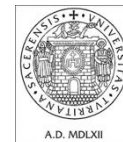




**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI SASSARI**  
Scheda semplificata per la raccolta di informazioni per la segnalazione di  
incidente correlato all'uso di DM/IVD



<b>LUOGO DOVE SI È VERIFICATO L'EPISODIO</b>	
Reparto:	
Telefono:	
Email:	
Data dell'episodio:	

<b>DATI DELL'OPERATORE SANITARIO CHE HA RILEVATO L'EPISODIO</b>	
Nome:	
Cognome:	
Qualifica:	

<b>DISPOSITIVO MEDICO OGGETTO DELL'EPISODIO</b>		
Nome commerciale del dispositivo:		
Fabbricante:		
Numero di lotto:		
Data di scadenza:		
Tipologia d'uso:	Monouso <input type="checkbox"/>	Pluriuso <input type="checkbox"/>
L'episodio ha coinvolto:	Paziente <input type="checkbox"/>	Operatore <input type="checkbox"/>
Dati paziente:	Età:	Iniziali:
Data dell'impianto (nel caso di dispositivo impiantato):		
Il dispositivo è stato utilizzato?	Si <input type="checkbox"/> Primo utilizzo <input type="checkbox"/>	Problema evidenziato prima dell'uso <input type="checkbox"/>

## DESCRIZIONE DELL'INCIDENTE

Classe dell'incidente:

Decesso

Inaspettato peggioramento, serio pericolo

Tutti gli altri incidenti da segnalare

Descrizione dell'incidente:

Conseguenze dell'incidente:

Decesso

Intervento chirurgico

Intervento specifico

Ospedalizzazione

Prolungamento dello stato di malattia dopo dimissione ospedaliera

Menomazione di una funzione corporea

Nessuna conseguenza

Altro

Numero di pezzi coinvolti:

Il dispositivo coinvolto è disponibile:

Si

No

Azioni intraprese dall'operatore o dalla struttura in cui opera per la gestione del dispositivo medico oggetto di segnalazione e del lotto di provenienza:

Informativa al fabbricante/distributore

Informazione alla Direzione sanitaria/direzione generale

Comunicazione al responsabile della vigilanza

Altro

Altre eventuali info che il segnalatore intende fornire al Ministero della Salute:

Data di compilazione del presente rapporto: