

U.O.C. RISCHIO CLINICO E QUALITA'

DIRETTORE Dott. Mario Mellacina

email: rischioclinico@ausl.latina.it

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

per la segnalazione spontanea di **eventi avversi** o potenzialmente dannosi (**near miss**)

Lo scopo principale della segnalazione è quello di imparare dall'esperienza ed è utile per non far ripetere situazioni pericolose, per garantire una maggiore serenità degli Operatori e per migliorare l'ambiente lavorativo.

Data di compilazione

STRUTTURA - SEDE

UNITA' OPERATIVA

Tel.

Fax.

Quando è avvenuto l'evento?

Data

Orario

SEGNALAZIONE DI:

evento avverso

evento potenzialmente dannoso (near miss)

COMPILATA DA: (I sola risposta)

MEDICO

FISIOTERAPISTA

COORDINATORE

TECNICO

INFERMIERE

OSTETRICA

RUOLO NON SANITARIO

OSS/OTA

ANNI DI SERVIZIO

L'evento ha provocato / poteva provocare danni a persone?

SI

NO

VALUTAZIONE DANNO (I sola risposta)

MORTE

DANNO GRAVE

DANNO LIEVE

RISCHIO GRAVE

RISCHIO LIEVE

Dati relativi alla

persona : Paziente Visitatore Operatore (solo in caso di violenza)

Cognome Nome Rad

Nato/a il Sesso M F

<p>PROVENIENZA (I sola risposta):</p> <p><input type="radio"/> Pronto Soccorso</p> <p><input type="radio"/> Altra Struttura di cura</p> <p><input type="radio"/> Altra U.O. Aziendale</p> <p><input type="radio"/> Domicilio</p>	<p>REGIME DI EROGAZIONE (I sola risposta):</p> <p><input type="radio"/> Degenza Ordinaria</p> <p><input type="radio"/> P.S.</p> <p><input type="radio"/> Ambulatorio</p> <p><input type="radio"/> DH/DS</p> <p><input type="radio"/> Altro <input type="text"/></p>
---	--

Luogo in cui si è verificato l'evento (I sola risposta):

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Reparto (camera) | <input type="radio"/> Pronto Soccorso | <input type="radio"/> Spazi Comuni |
| <input type="radio"/> Sala Parto | <input type="radio"/> Reparto (bagno) | <input type="radio"/> Sala Operatoria |
| <input type="radio"/> Spazi Aperti | <input type="radio"/> Scale | <input type="radio"/> Reparto (corridoio) |
| <input type="radio"/> Ambulatorio Ospedaliero | | <input type="radio"/> Ambulatorio Distretto |

DESCRIZIONE DELL'EVENTO :

N.B : In caso di infortunio (es: Caduta) NON VA COMPILATA LA PRESENTE SCHEDA, bensì la scheda di notifica obbligatoria di infortunio, da inviare alla direzione sanitaria.

RILEVAZIONE DELLA TIPOLOGIA DI INTERVENTO:

Evento correlato a procedure/prestazioni (1 sola risposta)

- ritardo proc. Diagnostica mancata proc. Diagnostica inadeguata proc. Diagnostica
 ritardo proc. Chirurgica mancata proc. Chirurgica inadeguata proc. Chirurgica
 ritardo prestaz. Assistenziale ritardo prestaz. Assistenziale inadeguata prestaz. Assistenziale

Eventi particolari (1 sola risposta)

- malf/malpos. Dispositivo Medico evento correlato alla somministr. Sangue
 errore di paziente lato/sede

Tipologia di dispositivo Medico

A quanti eventi hai assistito negli ultimi 30 giorni? Nessuno Da 1 a 3

EVENTO CORRELATO ALLA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

(**Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco, per la quale deve essere sempre compilata la scheda ministeriale ADR, all. I Decr. Min Sal. 12/12/2013**)

Nome del Farmaco

Selezionare in quale fase della terapia farmacologica si è verificato l'evento

- prescrizione preparazione somministrazione monitoraggio

Selezionare la tipologia di evento avverso o di near miss di terapia

- Paziente errato Farmaco errato Dosaggio errato
 Errore di Trascrizione Forma farmaceutica errata
 Tempi errati di somministrazione Mancata somministrazione
 Mancato monitoraggio scadenza Via di somministrazione errata
 Sottovalutazione delle possibili interazioni Indicazione e posologia non autorizzate
 Prescrizione errata/mancante/confondibile Etichetta/Contenitore errato

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Barriera Linguistica/culturale | <input type="checkbox"/> Condizioni precarie Fragilità/infermità |
| <input type="checkbox"/> Mancata adesione al progetto | <input type="checkbox"/> Non cosciente e/o scarsamente orientato |
| <input type="checkbox"/> Poco/Mancata autonomia | |

2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Difficoltà ad eseguire istruzioni/procedure | <input type="checkbox"/> Fatica/Stress |
| <input type="checkbox"/> Inadeguate conoscenze/inesperienza | <input type="checkbox"/> Mancata Supervisione |
| <input type="checkbox"/> Mancata verifica preventiva Apparecchitura | <input type="checkbox"/> Presa scorciatoia/Regola NON eseguita |
| <input type="checkbox"/> Mancata/errata lettura Documentazione etichetta | <input type="checkbox"/> Scarso lavoro di gruppo |

3) Fattori contribuenti legati al SISTEMA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ambiente inadeguato | <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto |
| <input type="checkbox"/> Gruppo nuovo/inesperto | <input type="checkbox"/> Mancato coordinamento |
| <input type="checkbox"/> Insufficiente addestramento/inserimento | <input type="checkbox"/> Mancata/inadeguatezza Attrezzature |
| <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo | <input type="checkbox"/> Scarsa continuità assistenziale |
| <input type="checkbox"/> Mancanza/inadeguata manutenzione attrezzature | <input type="checkbox"/> Elevato turnover |
| <input type="checkbox"/> Insuccesso nel fare rispettare Protocolli/Procedure | <input type="checkbox"/> Staff inadeguato/insufficiente |
| <input type="checkbox"/> Protocolli/procedure inesistenti/ambigua | |

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuna | <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche | <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico |
| <input type="checkbox"/> Medicazioni | <input type="checkbox"/> Ricovero in reparto/trasferimento |

RILEVAZIONE DEI FATTORI MINIMIZZANTI

(da compilare SOLO in caso di near miss)

Quali fattori possono aver contribuito a minimizzare il rischio derivante dal near miss

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tempestivo riconoscimento e di immediata azione correttiva | <input type="checkbox"/> Informazione fornita dai familiari |
| <input type="checkbox"/> Informazione fornita al paziente | <input type="checkbox"/> Circostanze fortuite |
| <input type="checkbox"/> Informazione fornita dal paziente | <input type="checkbox"/> Consultazione tra il personale |

AZIONI SUGGERITE

Con il fine di ridurre la possibilità che l'evento avverso/near miss si ripeta

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maggiore standardizzazione dei processi | <input type="checkbox"/> Formazione più adeguata |
| <input type="checkbox"/> Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative/assistenziali | <input type="checkbox"/> Formazione più adeguata |
| <input type="checkbox"/> Miglioramento documentazione scritta sulle condizioni del paziente | |
| <input type="checkbox"/> | |