

ALLEGATO 1

CHECKLIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELLA CARTELLA GIPSE

Pronto Soccorso

DATI GENERALI

- Pronto Soccorso: _____
- Data del controllo: _____
- Turno: ☐ Mattina ☐ Pomeriggio ☐ Notte
- Numero Cartella GIPSE: _____
- Tipologia
☐ Accesso
☐ Contusione
☐ Incidente stradale
- Operatore che effettua il controllo: _____

accesso:
generico
Contusione

SEZIONE 1 – IDENTIFICAZIONE E DATI GENERALI

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Identificazione corretta del paziente	☐	☐	☐
Data e ora di accesso presenti	☐	☐	☐
Codice triage assegnato	☐	☐	☐

SEZIONE 2 – PARAMETRI VITALI

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Pressione arteriosa registrata	☐	☐	☐

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Frequenza cardiaca registrata	☐	☐	☐
Frequenza respiratoria registrata	☐	☐	☐
Saturazione O ₂ registrata	☐	☐	☐
Temperatura corporea registrata	☐	☐	☐

SEZIONE 3 – VALUTAZIONE CLINICA

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Anamnesi compilata	☐	☐	☐
Esame obiettivo presente	☐	☐	☐
Coerenza tra anamnesi ed esame obiettivo	☐	☐	☐

SEZIONE 4 – TERAPIA

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Terapia prescritta	☐	☐	☐
Terapia somministrata registrata	☐	☐	☐
Coerenza tra prescrizione e somministrazione	☐	☐	☐
Data e ora della somministrazione	☐	☐	☐

SEZIONE 5 – DIMISSIONE / ESITO

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Esito dell'accesso documentato	☐	☐	☐
Indicazioni alla dimissione presenti	☐	☐	☐
Firma e data dell'operatore	☐	☐	☐

SEZIONE 6 – CONTUSIONI (compilare se applicabile)

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Diagnosi di contusione documentata	☐	☐	☐
Prognosi indicata	☐	☐	☐

SEZIONE 7 – ASPETTI MEDICO-LEGALI

(compilare in caso di incidente stradale o quando previsto)

Voce di controllo	Conforme	Non conforme	N.A.
Incidente stradale correttamente identificato	☐	☐	☐
Referto all'Autorità Giudiziaria compilato	☐	☐	☐
Tracciabilità dell'invio del referto	☐	☐	☐

SEZIONE 8 – VALUTAZIONE FINALE

- Esito complessivo della cartella:
☐ Conforme
☐ Non conforme
- Numero totale di non conformità rilevate: _____

NOTE / OSSERVAZIONI

FIRMA

- Operatore che ha effettuato la valutazione: _____
- Data: _____

(Facoltativo – per uso qualità)

- Azioni correttive proposte: ☐ Sì ☐ No
- Se sì, descrizione sintetica: _____