

1.1 Allegato 1 - Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Disabilità Neonatale

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Ora della nascita (HH:MM)	__ . __
Nazionalità della madre			

NB: Barrare la casella relativa alla sezione d'interesse (Morte o Disabilità neonatale)

Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Ora del decesso (HH:MM)	__ . __
-------------------------------	----------------	-------------------------	---------

LUOGO DELL'EVENTO

<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sala Parto/Operatoria
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia	<input type="checkbox"/> UO Pediatria Neonatologia/Nido
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva Neonatale	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):

CAUSA DEL DECESSO COME RIPORTATA NEL CERTIFICATO DI MORTE

<input type="checkbox"/> Richiesto riscontro autoptico	<input type="checkbox"/> Richiesto esame anatomopatologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino
--	---

DISABILITÀ COME RIPORTATA NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE

CRONOLOGIA DELL'EVENTO (Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti o, nel caso di disabilità, l'evoluzione clinica avversa)