

ALLEGATO 7. SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE O GRAVE DANNO IN NEONATO SANO A TERMINE ≥ 37 SETTIMANE NON CORRELATO A MALATTIA CONGENITA

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 (A. Morte neonatale o B. Grave danno neonatale)

A) MORTE 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

B) GRAVE DANNO NEONATALE	
GRAVE DANNO COME RIPORTATO NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE	

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

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
<input type="checkbox"/> Relazioni degli operatori coinvolti	<input type="checkbox"/> Documentazione clinico-assistenziale
<input type="checkbox"/> Documentazione sottoposta a sequestro	<input type="checkbox"/> Nessuna