

	REGIONE ABRUZZO ASL LANCIANO – VASTO – CHIETI	Rev. 4 31/10/2017	Pag. 1/2
	MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI AVVERSI / NEAR MISS	MRSQA28/1	

La scheda dovrà essere inviata al SQA/ Rischio Clinico

Fax: 0871358667

e-mail: qualita@asl2abruzzo.it

Solo in caso di segnalazione caduta paziente la scheda va inviata anche alla Direzione Medica di Presidio

La presente scheda è uno strumento utile per segnalare gli eventi avversi e near miss che possono verificarsi durante le attività assistenziali e di cura

Evento Avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e indesiderabile

Near miss (Quasi evento) errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si è verificato per caso fortuito o perché intercettato

Data della segnalazione : ____/____/____	☐ Evento avverso	☐ Near Miss
---	--	---

Dati del: ☐ Paziente ☐ Dipendente	Nome Cognome _____ Data di nascita ____/____/____ Sesso: ☐ M ☐ F Data ricovero ____/____/____ SDO _____ Regime di assistenza: ☐ Ordinario ☐ Day Surgery ☐ DH ☐ Altro _____
Struttura che segnala	☐ P.O. _____ ☐ U.O. _____ ☐ Altro _____ Recapito tel. _____ Email _____@_____
Circostanza dell'evento	Evento verificatosi il ____/____/____ Ora ____:____ Luogo _____ Chi era presente : _____
Descrizione dell'evento: Fornire una breve descrizione dell'evento indicando tutti i particolari utili per identificare e classificare la tipologia di errore.	_____ _____ _____ _____ _____
Da compilare in caso di caduta del paziente	<u>Modalità caduta</u> ☐ Caduto dalla posizione eretta ☐ Caduto da seduto ☐ Caduto dal letto ☐ Altro _____ <u>Motivo</u> ☐ Perdita di forza ☐ Perdita di equilibrio ☐ Perdita di coscienza ☐ Inciampato ☐ Scivolato con pavimento asciutto ☐ Scivolato con pavimento bagnato ☐ Altro _____ <u>Tipo calzatura:</u> ☐ aperta ☐ chiusa ☐ senza calzatura <u>Terapia in atto</u> : ☐ sedativi del SNC ☐ lassativi ☐ diuretici ☐ ipotensivanti <u>Valutazione del rischio caduta all'accettazione del paziente:</u> ☐ No ☐ Si (Se SI allegare copia pagg. 4 e 5 della Documentazione Infermieristica MRDI)

Da compilare solo in caso di eventi da correlare alla terapia farmacologica	Specificare il tipo di farmaco coinvolto: _____ In quale fase della terapia è avvenuto l'evento? ☐ prescrizione ☐ trascrizione ☐ preparazione ☐ somministrazione Tipo di errore (es: errore di dosaggio / via di somministrazione/ velocità di somministrazione/ mancata somministrazione / scambio di farmaci) _____ _____
Trattamenti indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento: (Allegare i referti)	☐ Visita Medica ☐ Medicazioni ☐ Consulenze specialistiche (Specificare) _____ ☐ Indagini radiologiche : ☐ TAC _____ ☐ Senza MdC ☐ Con MdC ☐ RM _____ ☐ Senza MdC ☐ Con MdC ☐ ECO _____ ☐ RX _____ ☐ Apparecchi gessati ☐ Intervento chirurgico ☐ Ricovero in terapia intensiva _____ ☐ Trasferimento presso (Specificare UO/ Presidio) _____ ☐ Altro _____ ☐ Nessun trattamento / indagine sanitaria L'evento è stato comunicato ☐ NO ☐ SI a chi? _____

Fattori che possono aver contribuito all'evento:
Fattori legati al paziente

- ☐ Grossa fragilità o infermità
- ☐ Non cosciente/scarsamente orientato
- ☐ Poca/mancata autonomia
- ☐ Barriere linguistiche/culturali
- ☐ Mancata adesione al progetto terapeutico
- ☐ Altro (specificare)

Fattori legati al personale

- ☐ Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure
- ☐ Inadeguate conoscenze/inesperienza/formazione
- ☐ Fatica/stress
- ☐ Presa scorciatoia/regola non seguita
- ☐ Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta
- ☐ Mancata supervisione
- ☐ Mancato coordinamento
- ☐ Scarso lavoro di gruppo
- ☐ Altro (specificare).....

Fattori legati al sistema

- ☐ Staff inadeguato/insufficiente
- ☐ Insufficiente addestramento/inserimento
- ☐ Gruppo nuovo / inesperto
- ☐ Elevato turn over
- ☐ Scarsa continuità assistenziale
- ☐ Protocollo / procedura inesistente o ambigua
- ☐ Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure
- ☐ Mancata / inadeguata comunicazione
- ☐ Mancanza/inadeguatezza attrezzature
- ☐ Mancato/inadeguato funzionamento attrezzature
- ☐ Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature
- ☐ Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo
- ☐ Mancanza/carenza delle istruzioni di utilizzo
- ☐
- ☐
- ☐

Esito dell'evento:

- ☐ **nessun esito** (evento che non ha provocato al paziente alcun danno)
- ☐ **minore** (evento che provoca al paziente solo disturbi temporanei e limitati / Osservazioni e monitoraggio)
- ☐ **moderato** (osservazioni o monitoraggi extra / ulteriore visita medica/specialistica / indagini diagnostiche / trattamento con altri farmaci / trasferimento ad altra UO senza prolungamento dei giorni di degenza)
- ☐ **significativo** (evento che comporta una invalidità temporanea con un prolungamento dei giorni di degenza)
- ☐ **severo** (evento che causa morte o grave danno ed invalidità permanente)

Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? ☐ No ☐ Sì Quali?

Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)	Nome e Cognome _____ ☐ Direttore U.O. ☐ Coordinatore infermieristico ☐ Referente SQ/RM ☐ Altro _____
--	---

Le informazioni ottenute saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive/migliorative per prevenire il ripetersi di tali eventi e dei rischi.