



NOTIFICA OBBLIGATORIA DI INFORTUNIO

da inviare alla DIREZIONE SANITARIA (FAX: 06 58702470)

scrivere in STAMPATELLO

Data di compilazione: _____

DIPARTIMENTO _____ Tel. _____	UNITA' OPERATIVA _____ FAX _____
--	---

N. INFERMIERI IN SERVIZIO: _____	DI CUI IN DOPPIO TURNO: _____
N. TECNICI IN SERVIZIO: _____	DI CUI IN DOPPIO TURNO: _____
N. OPERATORI DI SUPPORTO: _____	DI CUI IN DOPPIO TURNO: _____
NUMERO DI PAZIENTI PRESENTI AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO: _____	

Data e ora dell'infortunio:
gg. _____ mm. _____ aaaa _____ hh _____ mm _____

Dati relativi alla persona: PAZIENTE VISITATORE PARENTE/FAMILIARE

Cognome: _____ Nome: _____ RAD: _____

Nato/a il: _____ Età: _____ Sesso: M F

Paziente deambulante: SI NO Data di ricovero: _____

PROVENIENZA: P.S. Altra UO aziendale Altra Azienda Proprio domicilio

REGIME DI EROGAZIONE: Degenza ordinaria P.S. Ambulatorio DH/DS
 Altro (specificare) _____

Luogo in cui si è verificato l'evento:

<input type="checkbox"/> REPARTO (CAMERA)	<input type="checkbox"/> PRONTO SOCCORSO	<input type="checkbox"/> AMBULATORIO	<input type="checkbox"/> SPAZI COMUNI
<input type="checkbox"/> REPARTO (BAGNO)	<input type="checkbox"/> SALA OPERATORIA	<input type="checkbox"/> SPAZI APERTI	<input type="checkbox"/> SALA PARTO
<input type="checkbox"/> REPARTO (CORRIDOIO)	<input type="checkbox"/> SCALE	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare) _____	

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO (compilata il più dettagliatamente possibile dal primo soccorritore)

Cognome, nome, qualifica del primo soccorritore:

--

DINAMICA DELL'INFORTUNIO

-
- cadeva dal letto
-
-
- scavalca le sbarre
-
-
- urtava

-
- cadeva dalla sedia
-
-
- scivolava
-
-
- altro: _____

-
- cadeva dalla carrozzina
-
-
- inciampava

MOTIVO DELL'INFORTUNIO

-
- perdita di forza
-
-
- perdita di equilibrio
-
-
- perdita di coscienza

-
- scivolato con pavimento bagnato
-
-
- scivolato con pavimento asciutto

-
- altro: _____

 PROGNOSI gg:

Compilazione della scheda di valutazione rischio cadute

 SI (inviare allegato) NO**INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO** NESSUNA ECG INDAGINI RADIOLOGICHE MEDICAZIONI RICOVERO ORDINARIO VISITA MEDICA CONSULENZA SPECIALISTICA INDAGINI DI LABORATORIO INTERVENTO CHIRURGICO RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA TRASFERIMENTO ALTRO: _____**L'INFORTUNIO RISULTA DOCUMENTATO IN CARTELLA CLINICA?** SI NO**I PARENTI SONO STATI INFORMATI DELL'INFORTUNIO OCCORSO?** SI NO**L'INFORTUNATO ERA AFFIDATO A QUALCUNO AL MOMENTO DELL'ACCADUTO?** SI NO

Cognome e nome, qualifica/ruolo (personale sanitario, familiare)

--

ALTRI EVENTUALI TESTIMONI

Cognome e nome, qualifica/ruolo (personale sanitario, familiare)

--

SEGNALAZIONE COMPILATA DA:

COGNOME: _____

NOME: _____

MATRICOLA: _____

Timbro e firma del medico