



NOTIFICA OBBLIGATORIA DI INFORTUNIO

da inviare alla DIREZIONE SANITARIA (FAX: 06 58702470)

scrivere in STAMPATELLO

Data di compilazione: _____

DIPARTIMENTO _____	UNITA' OPERATIVA _____
Tel. _____	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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> cadeva dal letto | <input type="checkbox"/> cadeva dalla sedia | <input type="checkbox"/> cadeva dalla carrozzina |
| <input type="checkbox"/> scavalca le sbarre | <input type="checkbox"/> scivolava | <input type="checkbox"/> inciampava |
| <input type="checkbox"/> urtava | <input type="checkbox"/> altro: _____ | |

MOTIVO DELL'INFORTUNIO

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> perdita di forza | <input type="checkbox"/> scivolato con pavimento bagnato | <input type="checkbox"/> altro: _____ |
| <input type="checkbox"/> perdita di equilibrio | <input type="checkbox"/> scivolato con pavimento asciutto | |
| <input type="checkbox"/> perdita di coscienza | | |

 PROGNOSI gg: _____Compilazione della scheda di valutazione rischio cadute SI (*inviare allegato*) NO**INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NESSUNA | <input type="checkbox"/> CONSULENZA SPECIALISTICA |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> INDAGINI DI LABORATORIO |
| <input type="checkbox"/> INDAGINI RADIOLOGICHE | <input type="checkbox"/> INTERVENTO CHIRURGICO |
| <input type="checkbox"/> MEDICAZIONI | <input type="checkbox"/> RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA |
| <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO | <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO |
| <input type="checkbox"/> VISITA MEDICA | <input type="checkbox"/> 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