

UOSD RISCHIO CLINICO

Tel.: 06 58703678/3836/4010 e-mail incident@scamilloforlanini.rm.it

SCHEDA DI INCIDENT REPORTING

per la segnalazione spontanea di **eventi avversi** o potenzialmente dannosi (**near miss**)

Data di compilazione: ____ / ____ / ____

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

Data e ora dell'evento:
gg. ____ mm. ____ aaa ____ hh ____ mm ____

SEGNALAZIONE di: ☐ evento avverso ☐ evento potenzialmente dannoso (near miss)

L'evento ha provocato danni a persone? ☐ **SI** ☐ **NO**

Dati relativi alla persona: ☐ PAZIENTE ☐ VISITATORE ☐ OPERATORE

Cognome: _____ Nome: _____ RAD: _____

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

Paziente deambulante: ☐ SI ☐ NO Data 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:

☐ REPARTO (CAMERA)	☐ PRONTO SOCCORSO	☐ AMBULATORIO	☐ SPAZI COMUNI
☐ REPARTO (BAGNO)	☐ SALA OPERATORIA	☐ SPAZI APERTI	☐ SALA PARTO
☐ REPARTO (CORRIDOIO)	☐ SCALE	☐ ALTRO (specificare) _____	

Gravità dell'evento

☐ NESSUNO ☐ LIEVE ☐ MODERATO ☐ SEVERO ☐ MORTE **PROGNOSI gg:**

[illegible]

N.B. IN CASO DI CADUTA LA PRESENTE SCHEDA NON VA COMPILATA, MA ANDRA' INVIATA ESCLUSIVAMENTE LA SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI CADUTA PAZIENTE

Evento correlato a procedure/prestazioni		
☐ ritardo procedura diagnostica	☐ mancata proc. diagnostica	☐ inadeguata proc. diagnostica
☐ ritardo procedura chirurgica	☐ mancata proc. chirurgica	☐ inadeguata proc. chirurgica
☐ ritardo prestazione assistenziale	☐ mancata prestaz. assistenziale	☐ inadeguata prestaz. assistenziale

Eventi particolari (in caso di DM, va compilato il rapporto di incidente o di mancato incidente al Ministero della Salute, art. 9 e 10, D.Lgs. n. 46 del 1997; art. 11, D.Lgs. n. 507 del 1992)

☐ malf./malpos. Dispositivo Medico ☐ evento correlato a somm. sangue ☐ errore di paziente/lato/sede

Tipologia di Dispositivo Medico:

(Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco, per la quale deve essere compilata la scheda ministeriale ADR, all. 1 Decr. Min Sal. 12/12/2013)

(Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco, per la quale deve essere compilata la scheda ministeriale ADR, all. 1 Decr. Min Sal. 12/12/2013)

Nome del farmaco:

Selezionare in quale fase della terapia farmacologica si è verificato l'evento:

☐ prescrizione ☐ preparazione ☐ somministrazione ☐ monitoraggio

Selezionare la tipologia di evento avverso o di *near miss* di terapia:

☐ Paziente errato	☐ Tempi di somministrazione errati
☐ Farmaco errato	☐ Via di somministrazione errata
☐ Dosaggio errato	☐ Sottovalutazione delle possibili interazioni
☐ Forma farmaceutica errata	☐ Mancato monitoraggio scadenza
☐ Prescrizione errata/mancante/confondibile	☐ Etichetta/contenitore errato
☐ Errore di trascrizione	☐ Indicazioni e posologia non autorizzate
☐ Mancata somministrazione	☐ Scambio farmaci

FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL'EVENTO

1) Fattori contribuenti legati al PAZIENTE:

- | | |
|--|---|
| ☐ CADUTE PREGRESSE | ☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI |
| ☐ DEFICIT VISIVI | ☐ PROBLEMI EQUILIBRIO/MOBILITA'/TONO MUSCOLARE |
| ☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE | ☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO |
| ☐ RECENTE VARIAZIONE DI TERAPIA | ☐ INCONTINENZA |
| ☐ CALZATURE INADEGUATE | |

2) Fattori contribuenti legati al PERSONALE:

- | | |
|--|--|
| ☐ DIFFICOLTA' AD ESEGUIRE ISTRUZIONI/PROCEDURE | ☐ FATICA/STRESS |
| ☐ INADEGUATE CONOSCENZE/INESPERIENZA | ☐ MANCATA SUPERVISIONE |
| ☐ MANCATA VERIFICA PREVENTIVA APPARECCHIATURA | ☐ PRESA SCORCIATOIA/REGOLA NON ESEGUITA |
| ☐ MANCATA/ERRATA LETTURA DOCUMENTAZIONE/ETICHETTA | ☐ SCARSO LAVORO DI GRUPPO |

3) Fattori contribuenti legati al SISTEMA:

- | | |
|--|--|
| ☐ AMBIENTE INADEGUATO | ☐ MANCATA/INADEGUATA COMUNICAZIONE |
| ☐ GRUPPO NUOVO/INESPERTO | ☐ MANCATO COORDINAMENTO |
| ☐ INSUFFICIENTE ADDESTRAMENTO/INSERIMENTO | ☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA ATTREZZATURE |
| ☐ MANCANZA/INADEGUATEZZA MATERIALE DI CONSUMO | ☐ SCARSA CONTINUITA' ASSISTENZIALE |
| ☐ MANCATA/INADEGUATA MANUTENZIONE ATTREZZATURE | ☐ ELEVATO TURNOVER |
| ☐ INSUCCESSO NEL FARE RISPETTARE PROTOCOLLI/PROCEDURE | ☐ STAFF INADEGUATO/INSUFFICIENTE |
| ☐ PROTOCOLLO/PROCEDURA INESISTENTE/AMBIGUA | |

INDAGINI E PRESTAZIONI EFFETTUATE A SEGUITO DELL'EVENTO

- | | |
|--|--|
| ☐ NESSUNA | ☐ CONSULENZA SPECIALISTICA |
| ☐ ECG | ☐ INDAGINI DI LABORATORIO |
| ☐ INDAGINI RADIOLOGICHE | ☐ INTERVENTO CHIRURGICO |
| ☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO | ☐ PUNTI DI SUTURA |
| ☐ MEDICAZIONI | ☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA |
| ☐ RICOVERO ORDINARIO | ☐ TRASFERIMENTO |
| ☐ VISITA MEDICA | ☐ ALTRO: |

RILEVAZIONE DEI FATTORI MINIMIZZANTI (da compilare SOLO in caso di near miss)

Quali fattori possono aver contribuito a minimizzare il rischio derivante dal near miss?

- | | |
|--|---|
| ☐ Tempestivo riconoscimento ed immediata az. correttiva | ☐ Informazione fornita dai familiari |
| ☐ Informazione fornita al paziente | ☐ Circostanze fortuite |
| ☐ Informazione fornita dal paziente | ☐ Consultazione tra il personale |

AZIONI SUGGERITE

Come potrebbe essere ridotta per il futuro la possibilità che l'evento avverso/near miss si ripeta?

- | | |
|--|--|
| ☐ Maggiore standardizzazione dei processi | ☐ Formazione più adeguata |
| ☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali | ☐ Aggiornamento tecnologico |
| ☐ Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente | |

L'EVENTO AVVERSO E' DOCUMENTATO IN CARTELLA CLINICA?

- ☐
- SI
- ☐
- NO

IL PAZIENTE E' STATO INFORMATO DELL'EVENTO?

- ☐
- SI
- ☐
- NO

TESTIMONI

- ☐
- NO
- ☐
- SI nome, cognome qualifica/ruolo) _____

(Personale sanitario, Familiare)

L'INFORTUNATO ERA AFFIDATO A QUALCUNO AL MOMENTO DELL'ACCADUTO?

- ☐
- SI
- ☐
- NO (nome, cognome qualifica/ruolo) _____

(Personale sanitario, Familiare)

SEGNALAZIONE COMPILATA DA:(in caso di "near miss" la compilazione dei campi sottostanti è FACOLTATIVA)

COGNOME: _____ NOME: _____ MATRICOLA: _____

QUALIFICA

- | | |
|--|---|
| ☐ MEDICO | ☐ FISIOTERAPISTA |
| ☐ COORDINATORE | ☐ TECNICO |
| ☐ INFERMIERE | ☐ OSTETRICA |
| ☐ ALTRO (specificare) _____ | ☐ OSS/OTA |

Lo scopo principale della segnalazione è quello di imparare dall'esperienza, e quindi di identificare tutto quello che è stato o potrebbe essere nocivo durante la permanenza in Ospedale. Il valore di questo lavoro è elevato, perché consente di attivare un meccanismo utile a far sì che le situazioni pericolose non si possano più ripetere, a migliorare l'ambiente di lavoro e garantire una maggiore serenità degli Operatori. Pertanto un sincero e doveroso ringraziamento va rivolto a tutti coloro che avranno la pazienza e l'attenzione di compilare le schede.

IL RISK MANAGER