

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:

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