

Segnalazione dell'evento sentinella

*Referente per la compilazione:.....

Qualifica:

Tel:fax:e-mail:

(Valorizzare almeno uno tra tel, fax e mail))

Data compilazione:...../...../.....

* dato obbligatorio

*LISTA EVENTI SENTINELLA		
<i>Indicare con il simbolo [X] l'Evento Sentinella che è avvenuto:</i>		
1	Prestazione eseguita in paziente sbagliato	
2	Prestazione non eseguita correttamente	
3	Morte o grave danno per caduta di paziente	
4	Violenza su paziente	
5	Atti di violenza a danno di operatore	
6	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	

****Barrare un solo evento per ogni segnalazione***

*Data dell'evento: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| *Ora dell'evento: |_|_| : |_|_|

Disciplina/Assistenza:

Luogo dove si è verificato l'evento:

Sala d'aspetto |_|

Stanza di terapia |_|

Bagni |_|

Corridoio |_|

Scale |_|

Altro |_| (Specificare)

*Sesso: M |_| F |_|

*Anno di nascita: |_|_|_|_|

Breve descrizione dell'evento:

.....
.....

***Esito dell'evento (barrare solo una casella):**

Morte |_|

Disabilità permanente |_|

Coma |_|

Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente |_|

Intervento chirurgico |_|

Rianimazione cardio respiratoria |_|

Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di violenza subita
nell'ambito della struttura |_|

Altro |_|

Se "Altro" Specificare (ad esempio Traumi e fratture)

.....

Cause e fattori che possono aver determinato l'evento o contribuito in qualche modo:

.....

.....

.....

.....

Tutte le informazioni fornite rimarranno confidenziali.