

Evento avverso evitato di tipo generale

Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Dipartimento interessato _____	
	Qualifica	Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Medico in formazione/specializzando <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> (specificare) _____
	Nosografico del paziente (facoltativo) _____	
Regime e tipo di prestazione	Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero in urgenza <input type="checkbox"/> Day Hospital/ Surgery <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in elezione <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico in urgenza <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> (specificare) _____	
Circostanze evento	Data dell'avvenimento _____ Ora _____ Data di scoperta _____ Ora di scoperta _____	
	Luogo in cui si è verificato l'evento <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Reparto <input type="checkbox"/> Sale Operatorie <input type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Day Hospital <input type="checkbox"/> Servizi Diagnostici <input type="checkbox"/> Corridoio o altri Spazi Comuni <input type="checkbox"/> Altro:	
	Se l'evento avverso fosse realmente avvenuto, avrebbe provocato un danno al paziente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Forse	
Descrizione dell'evento (si prega di descrivere in dettaglio cosa è successo): _____ _____ _____ _____		
Che cosa avete fatto per evitare l'evento avverso? _____ _____ _____ _____		
Ulteriori criticità riscontrate: _____ _____ _____ _____		
NOTE _____ _____ _____ _____		
Firma o Sigla (facoltativa) _____		