



Evento potenziale	Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento non occorso (es. personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	<input type="checkbox"/> Livello 1
	Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento occorso, ma intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/ farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	<input type="checkbox"/> Livello 2
Evento effettivo	<b>NESSUN ESITO:</b> Evento in fase conclusiva/ nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)	<input type="checkbox"/> Livello 3
	<b>ESITO MINORE:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/> Livello 4
	<b>ESITO MODERATO:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine)/ trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)	<input type="checkbox"/> Livello 5
	<b>ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO:</b> Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/ intervento chirurgico/ cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	<input type="checkbox"/> Livello 6
	<b>ESITO SIGNIFICATIVO:</b> Ammissione in ospedale o prolungamento delle degenza/ condizioni che permangono alla dimissione	<input type="checkbox"/> Livello 7
	<b>ESITO SEVERO:</b> Disabilità permanente/ contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 8

### Valutazione del rischio futuro

Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi	<input type="checkbox"/> Uno o più di un evento anno <input type="checkbox"/> Meno di un evento anno
Possibile esito di un evento analogo	<input type="checkbox"/> Esito minore (fino al livello 4) <input type="checkbox"/> Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)

**A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?** **SI** **NO**

<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Ricovero in Terapia Intensiva
<input type="checkbox"/> Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/> Visita medica	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Trasferimento
<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Altro.....

**Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?**

<input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Audit interno <input type="checkbox"/> Stesura/revis.protocollo/procedura	<input type="checkbox"/> modifica organizzativa <input type="checkbox"/> formazione/addestramento	<input type="checkbox"/> utilizzo presidi/attrezzatura <input type="checkbox"/> altro.....

**Altri commenti**

**Medico Referente dell'Incident Reporting** Firma.....Data.....

1 La presente scheda vuole essere uno strumento per identificare i problemi, e le cause ad essi connesse, che possono insorgere durante le attività clinico assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili. Per questo, **in caso di obblighi derivanti da legge, è necessario effettuare con procedure ordinarie le segnalazioni alle autorità competenti.**

2 La scheda può essere riconsegnata al Referente dell'Incident Reporting anche in **forma anonima.**

3 Dopo l'acquisizione delle informazioni necessarie all'analisi dell'evento, **la scheda verrà de-identificata per quanto riguarda i dati relativi all'operatore ed al paziente.**

4 Dopo la compilazione della parte a cura del Responsabile inviare la scheda a: .....