


Sito web www.ausl.pe.it	AUSL PESCARA Direttore Generale Dr. Armando Mancini	Revisione 01
	<b>U.O.S. RISK MANAGEMENT</b> Resp. Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Anno emissione 2017
	<b>SCHEMA DI SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA</b>	Redazione Dr.ssa Annamaria Ambrosi Dott.ssa Rosangela Antuzzi
	Tel. 085.425.3523 e-mail <a href="mailto:riskmanagement@ausl.pe.it">riskmanagement@ausl.pe.it</a>	

Dati relativi all'U.O. e all'Operatore		
<b>Struttura aziendale:</b> PP.OO. : Pescara <input type="checkbox"/> Penne <input type="checkbox"/> Popoli <input type="checkbox"/> D.S.B. <input type="checkbox"/> di ..... Dipartimento <input type="checkbox"/> di ..... Unità Operativa <input type="checkbox"/> di .....		
<b>Compilatore:</b> Cognome: ..... Nome ..... Qualifica: Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Specificare <input type="checkbox"/> .....		
TIPOLOGIA DI EVENTO SENTINELLA		
Indicare con il simbolo X sulla terza colonna l'Evento sentinella che è avvenuto.		
1	Procedura in Paziente sbagliato	
2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	
3	Errata procedura su paziente corretto	
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriore procedura	
5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	
6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al parto	
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	
9	Morte o grave danno per caduta del paziente	
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	
11	Violenza su paziente	
12	Atti di violenza a danno di operatore	
13	Morte o grave danno conseguente a un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	
14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione di codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	
15	Morte o grave danno imprevisti o conseguente ad intervento chirurgico	
16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	
DATI RELATIVI ALL'EVENTO		
Data ...../...../...../ Ora ..... Luogo dove si è verificato l'evento: (es. reparto di degenza, ambulatorio, sala operatoria, ambulanza) ..... ..... .....		

Descrizione sintetica della modalità con cui è avvenuto l'evento
DATI RELATIVI AL PAZIENTE
Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ...../...../...../
Danni/lesioni riportati dal Paziente (es. morte, come, disabilità permanente, necessità di reintervento chirurgico etc).

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del compilatore  
\_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere compilato in maniera leggibile in tutte le sue sezioni, deve essere inviato alla U.O.S. Risk Management (e.mail - [riskmanagement@ausl.pe.it](mailto:riskmanagement@ausl.pe.it)) e una copia conservata nella Cartella Clinica del Paziente.