

<b>Segnalazione di:</b> (facoltativo indicare nominativo/ruolo)		<b>Data:</b>
<b>Paziente coinvolto:</b> (Nome Cognome e anno di nascita)		<b>UO:</b>
<b>TIPOLOGIA EVENTO SEGNALATO</b> <i>(specificare nella descrizione dinamica e esito)</i>		
<b>QUASI EVENTO (NEAR MISS)</b>	<b>EVENTO SENZA ESITO</b>	<b>EVENTO AVVERSO</b>
<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato ma non somministrato	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato senza reazioni/danno	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato con reazione avversa
<input type="checkbox"/> Disposizioni non idonee per esami/intervento	<input type="checkbox"/> Preparazione ad esame/intervento non idonea	<input type="checkbox"/> Esame/intervento non eseguito per errata programmazione/preparazione
<input type="checkbox"/> Il paziente stava per cadere	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto (senza danno)	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto con conseguente danno
<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo prima dell'utilizzo	<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo durante l'utilizzo senza esito	<input type="checkbox"/> L'inefficienza/malfunzionamento dell'apparecchiatura/dispositivo con danno
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
<b>Possibili cause individuate da chi segnala evento</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Errore "umano"</b> <input type="checkbox"/> <b>Violazione di procedure/protocolli</b> <input type="checkbox"/> <b>Altre cause</b>		
<b>Descrizione accaduto:</b>		
<b>ESITO:</b>		