

Segnalazione di: (facoltativo indicare nominativo/ruolo)		Data:
Paziente coinvolto: (Nome Cognome e anno di nascita)		UO:
TIPOLOGIA EVENTO SEGNALATO <i>(specificare nella descrizione dinamica e esito)</i>		
QUASI EVENTO (NEAR MISS)	EVENTO SENZA ESITO	EVENTO AVVERSO
<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:
Possibili cause individuate da chi segnala evento		
<input type="checkbox"/> Errore "umano" <input type="checkbox"/> Violazione di procedure/protocolli <input type="checkbox"/> Altre cause		
Descrizione accaduto:		
ESITO:		