

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

**Dipartimento della qualità**

**Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,**

**dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema**

**UFFICIO III**

**OSSERVATORIO NAZIONALE**

**SUGLI EVENTI SENTINELLA**

SCHEDA A

**Segnalazione dell’evento sentinella**

***Luglio 2009***



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

**Dipartimento della qualità**

**Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,**

**dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema**

**UFFICIO III**

**OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA**

## Segnalazione dell’evento sentinella

|  |
| --- |
| **\***Denominazione struttura sanitaria: ASL /A.O. di appartenenza: Regione: Provincia: Comune: Tipo struttura:  |
| **\***Referente per la compilazione: Qualifica: Tel: e-mail: (Valorizzare almeno uno tra tel, fax e mail)) |
| Data compilazione:  |

***\* dato obbligatorio***

|  |
| --- |
| **\*LISTA EVENTI SENTINELLA** |
| *Indicare con il simbolo* **[X]** *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 ulteriori procedure** |  |
| **5** | **Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0** |  |
| **6** | **Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica** |  |
| **7** | **Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o 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 di 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 ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)** |  |
| **14** | **Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto Soccorso** |  |
| **15** | **Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico** |  |
| **16** | **Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente** |  |

***\*Barrare un solo evento per ogni segnalazione***

**\*Data dell’evento:** | | | | | **\***O**ra dell’evento**: | | : | |

**Disciplina/Assistenza**:

**Luogo dove si è verificato l’evento:**

Ambulanza |\_|

Ambulatorio |\_|

Bagni |\_|

Corridoio |\_|

Domicilio |\_|

Reparto di degenza | |

Sala operatoria |\_|

Scale | |

Terapia intensiva | |

Altro | | (Specificare, ad esempio Pronto Soccorso, Sala parto)

**ALTRO OSPEDALE**

**\*Sesso: M** | | **F** | |

**\*Anno di nascita: | | | | |**

**Breve descrizione dell’evento**:

**\*Esito dell’evento** (barrare solo una casella)**:**

Morte | |

Disabilità permanente |\_|

Coma |\_|

Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione |\_|

Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente |\_|

Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva |\_|

Reintervento chirurgico | |

Rianimazione cardio respiratoria |\_|

Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio o violenza subita nell’ambito della struttura |\_|

Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 |\_|

Altro | |

Se “Altro” Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture)

**Cause e fattori che possono aver determinato l’evento o contribuito in qualche modo**:

**Tutte le informazioni fornite rimarranno confidenziali.**

**Invio scheda A**

Il referente per la gestione del rischio clinico, ove presente, o un referente individuato dalla Direzione aziendale, provvede a compilare la scheda A, ad inviarla al Ministero, anche per il tramite della propria Regione di appartenenza, al momento del verificarsi dell’evento o dell’avvenuta conoscenza dello stesso.