



I-33054 Lignano Sabbiadoro • Via Mezzasacca, 1/A • Tel. 0431 423298 • Fax 0431 73111 • www.sogit.org  
Cod. Fisc. 01797490305 • Ente iscritto al registro regionale delle Associazioni di Volontariato n° 982

## SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI

<b>Dati struttura e operatore</b>	Unità operativa			
	Cognome e nome operatore (facoltativi)			
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico	Anzianità di servizio (facoltativo)	<input type="checkbox"/> meno di 3 anni
		<input type="checkbox"/> Infermiere		<input type="checkbox"/> 3-6 anni
	<input type="checkbox"/> Altro .....		<input type="checkbox"/> più di 6 anni	
<b>Dati del paziente/ persona coinvolta</b>	Cognome e nome (facoltativi)			
	Data di nascita o età			
<b>Circostanze dell'evento</b>	Luogo in cui si è verificato (es. bagno, camera, ...)			
	Data  __ _ _ _ _  e ora  __ _ _			
<b>Tipo di prestazione</b>	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Prestazione domiciliare	
	<input type="checkbox"/> Ricovero day hospital	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Altro	
<b>Descrizione dell'evento (che cosa è successo?)</b>				
<b>Fattori che possono aver contribuito all'accadimento dell'evento</b> (è possibile indicare più di un fattore attribuendogli un punteggio di importanza nelle caselline: 1=contributo scarso, 2=contributo lieve, 3=contributo moderato, 4=contributo significativo, 5=contributo determinante)				
<b>Fattori del paziente</b>	Condizioni generali precarie/fragilità/infermità			
	Non cosciente/scarsamente orientato			
	Poca/mancata autonomia			
	Barriere linguistiche/culturali			
<b>Fattori legati al personale</b>	Mancata adesione al progetto terapeutico			
	Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure			
	Inadeguate conoscenze/inesperienza			
	Fatica/stress			
	Presa scorciatoia/regola non seguita			
	Mancata/inesatta lettura document./etichetta			
	Mancata supervisione			
	Scarso lavoro di gruppo			
<b>Fattori legati al sistema</b>	Staff inadeguato/insuff. per n./qualifica			
	Insufficiente addestramento/inserimento			
	Gruppo nuovo/inesperto			
	Elevato turnover			
	Scarsa continuità assistenziale			
	Protocollo/procedura inesistente/ambigua			
	Insuccesso nel far rispettare protocolli/proc.			
	Mancato coordinamento			
	Mancata/inadeguata comunicazione			
	Mancanza/inadeguatezza attrezzature			
Mancanza/inadeguata manutenzione attrezz.				
Mancanza/inadeguatezza materiale consumo				
Ambiente inadeguato				
Altro	Badante <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Sistema informativo (documentazione)				
Altri fattori (specificare/descrivere):				
<b>Fattori che possono aver annullato o ridotto le conseguenze</b>				
<input type="checkbox"/> Individuazione precoce	<input type="checkbox"/> Buona pianificazione/protocollo	<input type="checkbox"/> Fortuna		
<input type="checkbox"/> Buona assistenza	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)			
<b>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</b>				
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/> Altre indagini	<input type="checkbox"/> Medicazioni	<input type="checkbox"/> Ricovero in T.I.	
<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 ...	

**Come si poteva prevenire l'evento?** (es. : verifica delle attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio/allarme). Specificare.

**L'evento è documentato in cartella clinica?**

Si  No  Non so

**Il paziente è stato informato dell'evento?**

Si  No  Non so

Da questo punto in poi la compilazione a cura del responsabile

**Esito dell'evento**

Eventuale potenziale	Situazione pericolosa/danno potenziale, <b>evento non occorso</b> (es. personale insufficiente, pavimento pericolosamente sdruciolevole)	<input type="checkbox"/> Livello 1
	Situazione pericolosa/danno potenziale, <b>evento occorso ma intercettato</b> che avrebbe potuto causare gravi conseguenze, ma che per ragioni fortuite non le ha provocate (es. errore nella terapia farmacologica intercettato prima della somministrazione)	<input type="checkbox"/> Livello 2
Eventualmente dannoso	<b>Nessun esito</b> – evento occorso, ma senza danno	<input type="checkbox"/> Livello 3
	<b>Esito minore</b> – danni minori ma con necessità di osservazione o monitoraggio extra o ulteriore visita medica	<input type="checkbox"/> Livello 4
	<b>Esito moderato</b> – osservazioni o monitoraggio extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche/trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)	<input type="checkbox"/> Livello 5
	<b>Esito tra moderato e significativo</b> – cancellazione o rinvio del trattamento/prolungamento della degenza	<input type="checkbox"/> Livello 6
	<b>Esito significativo</b> – ricovero in ospedale/intervento chirurgico/trasferimento in U.O. di cure intensive/condizioni che permangono alla dimissione	<input type="checkbox"/> Livello 7
	<b>Esito severo</b> –disabilità permanente/contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 8

**Possibile esito di un evento analogo**

esito minore/moderato (fino al livello 6)

esito maggiore (livello 7 o 8)

**Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento?**  Si  No

Quali?

**L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo?** (es. ritardi, ecc.)  Si  No

Quali?

**Nell'evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti?**  Si  No

Commentare

**C'è una lezione significativa da trarre dall'evento?**  Si  No

Quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimen



OPERA DI SOCCORSO DELL'ORDINE  
DI SAN GIOVANNI - ITALIA

**S.O.G.IT.**

SEZIONE DI LIGNANO SABBIADORO

**ONLUS**  
Organizzazione  
Non Lucrativa  
di Utilità Sociale

I-33054 Lignano Sabbiadoro • Via Mezzasacca, 1/A • Tel. 0431 423298 • Fax 0431 73111 • www.sogit.org  
Cod. Fisc. 01797490305 • Ente iscritto al registro regionale delle Associazioni di Volontariato n° 982

## SCHEDA RILEVAZIONE SINISTRO

Data di emissione:

Approvazione:

N. identificativo della scheda

Cognome e Nome

Sesso

Età

Indirizzo

Telefono

Fax

Data segnalazione

Ora segnalazione

Modalità di recepimento della segnalazione (diretta personale, telefonica, mail, lettera, fax)

**data di accadimento**

**ora di accadimento**

**luogo di accadimento**

**descrizione dei fatti (allegare eventuale relazione dettagliata)**

**testimoni:**

o generalità

o codice fiscale

o residenza

o allegare la testimonianza raccolta dal Corpo Intercomunale di P.M.

Dona il tuo **5xmille** alla S.O.G.IT. di Lignano Sabbiadoro • Codice Fiscale 01797490305

info@sogit.org

formazione@sogit.org

presidente@sogit.org

direttivo@sogit.org

## SCHEDA RILEVAZIONE SINISTRO

Data di emissione:

Approvazione:

**testimoni:**

generalità

codice fiscale

residenza

allegare la testimonianza raccolta dal Corpo Intercomunale di P.M.

foto del luogo

sono intervenute Autorità  
copia verbale

si [ ]

no [ ]

nel luogo dell'incidente operavano ditte terze per manutenzioni, lavori stradali  
etc....

generalità della/e Ditta/e operanti

elementi della loro copertura assicurativa

relazione dell'Ente sullo stato dei luoghi dopo verifica