|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNITA’ OPERATIVA QUALITA’ E RISK MANAGEMENT**  **SCHEDA SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI**  **Tel. 091 7032215 - Fax 7032089 - Email:** [***rischioclinico@asppalermo.org***](mailto:rischioclinico@asppalermo.org)  ***HUB* VACCINALE FIERA DEL MEDITERRANEO** |

|  |
| --- |
| Il sistema di segnalazione spontanea degli eventi ha lo scopo di migliorare il livello di sicurezza del paziente. Le informazioni pervenute saranno esclusivamente utilizzate per sviluppare e pianificare strategie correttive per evitare che evento segnalato possa riaccadere.  La presente scheda deve essere utilizzata per la segnalazione dei seguenti eventi:  EVENTI AVVERSI: eventi che provocano un danno al paziente legati alla gestione sanitaria e non dipendenti dallo stato di malattia del paziente stesso.  QUASI EVENTI: situazioni che avrebbero potuto provocare un evento avverso per il paziente (evitati per abilità dei professionisti o per fortuna)  EVENTI SENZA ESITO: accadimenti che avevano la potenzialità di dare origine ad un danno per il paziente;  La scheda deve essere compilata dall’operatore che è venuto in contatto con l’evento e consegnata, insieme alla relazione e alla documentazione del paziente, alla Segreteria Generale dell’Ufficio del Commissario Straordinario all’Emergenza Covid-19, all'indirizzo mail [***commissariocovid@asppalermo.org***](mailto:commissariocovid@asppalermo.org) che provvederà alla trasmissione all’U.O. Qualità - Funzione Rischio Clinico dell’ASP di Palermo. |

**Data evento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ora evento:** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**Luogo** (corridoio vaccinale, postazione, sala somministrazione, ecc)**:**

|  |
| --- |
|  |

**Qualifica di chi segnala** (**specificare nome e cognome**):

|  |
| --- |
| **🔲** **MEDICO** |
| **🔲** **INFERMIERE** |
| **🔲** **ALTRO** (specificare qualifica) |

**Esiti dell’evento**

|  |
| --- |
| **🔲 NO 🔲 SI** (specificare): |

**DATI DEL PAZIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome:** | **Nome:** |
| **Sesso: 🔲 M 🔲 F** | **Data di nascita**: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **C.F.** | |

**TIPO DI EVENTO**

**(segnare una scelta e specificare in basso)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione prima dose a soggetto maggiorenne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione prima dose a soggetto minorenne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione seconda dose a soggetto maggiorenne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione seconda dose a soggetto minorenne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione dose *booster* a soggetto maggiorenne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione dose *booster* a soggetto minorenne |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Errata somministrazione dose pediatrica |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **ALTRO** (specificare): |
|  | | |

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL’EVENTO** (descrivere accuratamente l’evento):

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**FATTORI CHE POSSONO AVER CONTRIBUITO ALL’EVENTO**:

|  |
| --- |
| 🔲 **legati al personale:** |
| 🔲 **legati al paziente:** |
| 🔲 **legati al sistema:** |

**INSORGENZA REAZIONI AVVERSE: 🔲 SI 🔲 NO**

|  |
| --- |
| Se sì, quali reazioni: |
|  |

**L’evento è stato riportato sulla pratica di vaccinazione o altra documentazione?**

|  |
| --- |
| **🔲 SI** (specificare tipo documentazione) |
| **🔲 NO** (specificare motivazione) |

**Eventuali ulteriori indagini o prestazioni sanitarie necessarie a seguito dell’evento:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Nell’evento sono stati coinvolti altri servizi/reparti/unità?**

**🔲 NO**

|  |
| --- |
| **🔲 SI** (specificare): |
|  |

**Sono stati presi accorgimenti a seguito dell’ evento?**

**🔲 NO**

|  |
| --- |
| **🔲 SI** (specificare): |
|  |

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

Indicare qualunque altra informazione ritenuta utile per la valutazione dell’evento segnalato:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_