

RISK MANAGEMENT (GESTIONE DEL RISCHIO) DA CONSEGNARE AL RISK MANAGER				
Dati relativi all'Unità Operativa e all'operatore	Reparto o servizio		Piano	
	Nome e cognome di chi segnala			
	Qualifica			da scrivere sempre
Dati relativi al paziente	Iniziali (nome e cognome) del paziente			
	Anno di nascita			da scrivere sempre
Circostanze dell'evento	Luogo in cui si è verificato l'evento			va bene anche se è generico
	Data _____ e Ora _____ in cui si è verificato l'evento.			va bene anche se non è preciso
Tipo di prestazione :				
Descrizione dell'evento				Tipo di evento (per esempio sanitario o altro), persone coinvolte, ecc
Esito dell'evento				descrivere se l'evento si è verificato o se è evento potenziale
Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Descrivere quali.

<p>L'evento ha determinato problemi di tipo organizzativo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Ritardi, annullamenti, ecc</p>
<p>C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Se si quale? Proporre azioni per evitare il riaccadimento e per chi</p>
<p>Nell' evento sono stati coinvolti altri settori interni/esterni? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Commentare</p>
<p>Fattori che possono aver ridotto l'esito <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) _____</p>	
<p>Secondo lei si poteva prevenire l'evento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>L'evento è stato denunciato/regolato/segnalato al Responsabile di Struttura? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Il paziente / utente si è accorto di quello che è successo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Ha chiesto spiegazioni? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Che Lei sappia ha inoltrato reclamo o denuncia ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	

