



Modulo A - **2 COPIE:** *Copia originale da conservare in cartella clinica*  
*Fotocopia da inviare alla SC Direzione Medica o al Distretto di competenza*

**Al Direttore SC Direzione Medica /o al Direttore Distretto**

SEZIONE RISERVATA ANCHE AI FINI ASSICURATIVI	
<b>DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA ED ALL'OPERATORE</b>	Struttura organizzativa in cui si è verificato l'evento:
	Nome e Cognome dell'operatore che segnala:
	Qualifica <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/Coordinatore <input type="checkbox"/> Altro:
<b>DATI RELATIVI AL PAZIENTE</b>	Nome e Cognome del paziente
	Data di nascita _____ N° Cartella clinica (se ricoverato)
<b>TIPO DI PRESTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero DH/DS <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> altro:
<b>CIRCOSTANZE DELL'EVENTO</b>	Luogo in cui si è verificato (es. bagno, camera, sala operatoria, etc.)
<b>SCHEDA RILEVAZIONE RISCHIO CONLEY</b>	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento
	PRESENTE ULTIMO PUNTEGGIO PRECEDENTI CADUTE SI <input type="checkbox"/> Punteggio: _____ NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>BREVE DESCRIZIONE DELL'EVENTO (CHE COSA E' SUCCESSO?): DINAMICA DELL'EVENTO:</b> _____ _____	
<b>TESTIMONI DELLA CADUTA: COGNOME E NOME</b> _____ _____	
<b>DANNO SUBITO DALLA PERSONA:</b> _____ _____	
<b>A SEGUITO DELL'EVENTO E' 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 TI <input type="checkbox"/> indagini radiologiche <input type="checkbox"/> visita <input type="checkbox"/> intervento chirurgico <input type="checkbox"/> trasferimento <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> consulenza specialistica <input type="checkbox"/> ricovero <input type="checkbox"/> altro	
<b>PROGNOSI GIORNI:</b> _____	
<b>DATA</b> _____	<b>Firma Medico</b> _____

Attenzione: entrambi i moduli A e B sono da compilare

Segue Modulo B

Modulo B: **Unica copia** da inviare alla SC Direzione Medica oppure al Distretto di competenza ai fini di *incident reporting*

**Al Direttore SC Direzione Medica /o al Direttore Distretto**

**SEZIONE RISERVATA AI SOLI FINI DI INCIDENT REPORTING**

<b>DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA ED ALL'OPERATORE</b>	Struttura organizzativa in cui si è verificato l'evento:	
	Nome e Cognome dell'operatore che segnala:	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere/Coordinatore <input type="checkbox"/> Altro:
<b>DATI RELATIVI AL PAZIENTE</b>	Nome e Cognome del paziente	
	Data di nascita	N° Cartella clinica (se ricoverato)
<b>TIPO DI PRESTAZIONE</b>	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Prestazione ambulatoriale <input type="checkbox"/> Ricovero DH/DS <input type="checkbox"/> altro:	
<b>CIRCOSTANZE DELL'EVENTO</b>	Luogo in cui si è verificato (es. bagno, camera, sala operatoria, etc.)	
<b>SCHEDA RILEVAZIONE RISCHIO CONLEY</b>	Data _____ e ora _____ in cui si è verificato l'evento	
	PRESENTE ULTIMO PUNTEGGIO PRECEDENTI CADUTE	SI <input type="checkbox"/> Punteggio: _____ NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Fattori che possono aver contribuito all'evento**

<b>FATTORI LEGATI AL PAZIENTE</b>	<input type="checkbox"/> fragilità importante o infermità <input type="checkbox"/> non cosciente/scarsamente orientato <input type="checkbox"/> autonomia scarsa/assente <input type="checkbox"/> barriere linguistiche/culturali <input type="checkbox"/> mancata adesione al progetto terapeutico		<b>FATTORI LEGATI AL SISTEMA</b>
<b>FATTORI LEGATI AL PERSONALE</b>	<input type="checkbox"/> difficoltà nel seguire istruzioni/procedure <input type="checkbox"/> inadeguata conoscenza/esperienza <input type="checkbox"/> fatica/stress <input type="checkbox"/> presa scorciatoia/regola non seguita <input type="checkbox"/> mancata/inesatta lettura documentazione/dati paziente <input type="checkbox"/> mancata supervisione <input type="checkbox"/> scarso lavoro di gruppo		<input type="checkbox"/> staff inadeguato/insufficiente <input type="checkbox"/> insufficiente addestramento/inserimento <input type="checkbox"/> gruppo nuovo/inesperto <input type="checkbox"/> elevato turn-over <input type="checkbox"/> scarsa continuità assistenziale <input type="checkbox"/> protocollo/procedura inesistente o ambigua <input type="checkbox"/> insuccesso nel far rispettare le procedure <input type="checkbox"/> mancata/inadeguata comunicazione <input type="checkbox"/> assenza/inadeguatezza attrezzature <input type="checkbox"/> mancata/inadeguata manutenzione attrezzature <input type="checkbox"/> materiale di consumo mancante/inadeguato

**Altri fattori: (specificare):**

tipo di calzature                      aperte                       chiuse

condizioni ambientali: illuminazione, pavimenti (sconnessi, bagnati) Check list ambientale: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

**FATTORI CHE POSSONO AVER RIDOTTO L'ESITO**

individuazione precoce                       assistenza tempestiva                       fortuna                       altro:

\_\_\_\_\_

**NELL'EVENTO SONO STATI COINVOLTI ALTRI REPARTI?**

NO                       SI (commentare)

\_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**FIRMA** (Qualifica operatore che segnala) \_\_\_\_\_