UNIVERSITÀ DI TORINO
SCUOLA DI MEDICINA
Corso di Laurea in Infermieristica
Sede: Orbassano
Via San Giacomo 2 - 10092 Beinasco (TO)
Tel: 011 6708145-46-48 / e-mail: fcl-med-infd@unito.it

Studenti infermieri e "Rischio Clinico"

SCHEDA SEGNALAZIONE EVENTO AVVERSO/QUASI EVENTO AVVERSO

Data di compilazione: _____

Dati relativi alla Sede del tirocinio

Area ASS di COMUNITA' ❑ Area CHIRURGICA ❑ Area CRITICA ❑ Area MEDICA ❑
Area MATERNO INFANTILE ❑ Area RIABILITATIVA ❑ Area SALUTE MENTALE E DIPENDENZE ❑

Dati relativi al tirocinio

Tirocinio del: 1° anno ❑ 2° anno ❑ 3° anno ❑

Dati relativi all'evento

Segnalazione di:

- ❑ errore di terapia
- ❑ quasi errore di terapia
- ❑ altro evento avverso sulla persona assistita [*specificare (ad esempio: caduta accidentale, pasto errato, invio di documentazione errata, ecc.)*] _____
- ❑ altro quasi evento avverso sulla persona assistita *[specificare, si può trattare degli esempi descritti sopra in cui la dinamica non è accaduta completamente)*

Descrizione dell'accaduto: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dati relativi all'errore/situazione di rischio, all'evoluzione dell'evento e alla ripresa dell'errore/situazione di rischio.

Se **errore o quasi errore di terapia:**

- indicare la fase a cui si può ricondurre:
  - ❑ mancata verifica della prescrizione scritta;
  - ❑ errore di interpretazione;
  - ❑ errore di preparazione;
  - ❑ errore di identificazione della persona;
  - ❑ errore di somministrazione;
  - ❑ errore di registrazione;
  - ❑ altro: *(specificare)* _____
- indicare il farmaco: _____

Sono stati intrapresi provvedimenti diagnostico/terapeutici in seguito all'evento? **SI** ❑ **NO** ❑

Se **SI**, quali: _____

_____

Sono stati riscontrati esiti legati all'evento avverso di ogni natura? **SI** ❑ **NO** ❑

Se **SI**, quali: _____

_____

Quali cause e fattori possono aver determinato l'evento o contribuito in qualche modo? *(ad esempio: distrazione, barriere ambientali, disturbo esterno, ecc..)* _____

_____

L'errore/la situazione di rischio è stata condivisa con l'équipe? **SI** ❑ **NO** ❑

Con quale/i figura/e professionale/i? *(specificare)* _____

_____

COMPILATO DA: STUDENTE/STUDENTESSA ☐

INFERMIERE/A ☐

TUTOR CLINICO ☐