

Casa di Riposo Maria SS Assunta	Scheda Segnalazione Eventi	ANNO 2020
------------------------------------	-----------------------------------	-----------

Segnalazione di (facoltativo indicare nominativo)		Data:
NOME E COGNOME PAZIENTE		
Descrizione Non conformità/Evento Avverso		
Quasi evento	Evento senza esito	Evento avverso
☐ Farmaco non somministrato	☐ Farmaco non idoneo somministrato senza reazioni	☐ Farmaco non idoneo somministrato con reazione avversa
☐ Disposizioni non idonee per Accertamenti diagnostici presso altra struttura		
☐ Il Pz stava per cadere	☐ Il Pz è caduto (senza danno)	☐ Il Pz è caduto con conseguente:
☐ Inefficienza apparecchiature prima dell'utilizzo	☐ Inefficienza apparecchiature durante l'utilizzo	☐ L'Inefficienza dell'apparecchiature ha causato:
☐ Altro:	☐ Altro:	☐ Altro:
Possibili cause		
☐ Errore “umano” ☐ Violazione di norme/protocolli ☐ Altre cause		
Descrizione:		
Azione correttiva proposta		
Verifica Azione correttiva		
Osservazione sull'efficacia		
Firma Responsabile verifica		Data