

**SCHEDA PER LA NOTIFICA DEGLI EVENTI E DELLE REAZIONI AVVERSE**Da inviare via e-mail a: rischioclinico.cnt@iss.it**Cod. evento n°** _____ (assegnato dal CNT e da riportare nelle successive comunicazioni)

Settore coinvolto	<input type="checkbox"/> ORGANI	
Centro Interregionale di Riferimento		
Centro Regionale di Riferimento		
Identificazione del Compilatore <small>(personale del CRT o responsabile della sicurezza del CRT)</small>		
Data di compilazione della scheda		
Soggetti coinvolti <small>(donatore e/o ricevente e/o operatori)</small>	Donatore: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Ricevente: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Donazione vivente: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no SIT: _____ Operatori: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	se sì: cod SIT donatore: _____ se sì: cod iscrizione SIT: _____ se sì: cod don vivente SIT: _____ se si indicarli:
Data in cui si è verificato l'EA/RA <small>(indicando eventualmente la data in cui è stato rilevato, se successiva)</small>		
Luogo dell'evento / reazione		
Fase del processo interessata*		
Tipo di evento	<input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> NM	ES: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Tipologia del rischio °		
Descrizione dell'evento		
SCORE stimato alla segnalazione <small>(tabella colori)</small>	Frequenza (F) =____ Gravità (G) =____ Score Rischio (FxG) =____	
Conseguenze stimate		
Possibili cause/fattori contribuenti		
Azioni correttive e preventive immediate		
Segnalazione Inoltrata a: <input type="checkbox"/> CNT <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> Altre strutture _____ con allegata relazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

(* vedi tabella 1)

° Neo = neoplastico; Inf= infettivo; Org = organizzativo; Ges= gestionale; Imm= immunologico; Chir= chirurgico; Altro: specificare



REPORT DI ANALISI DELL'EVENTO / REAZIONE AVVERSA*

Da inviare via e-mail a: rischioclinico.cnt@iss.it

ID caso: _____					
Settori coinvolti	<input type="checkbox"/> ORGANI				
CIR					
CRT					
Autore Report					
Data di invio del report					
Data della segnalazione					
Conferma evento?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> no				
Modifica tipo di evento?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì indicare nuovo tipo evento: <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> NM ES: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no				
Analisi caso					
Descrizione dell'evento (riportare cronologia dei fatti dettagliata ricostruita durante l'analisi, max 300 caratteri)					
Standard di riferimento (elenco bibliografica, linee guida, procedure pertinenti)					
allegato file: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no n. file allegati:					
Prevenibilità	<input type="checkbox"/> Esclusa <input type="checkbox"/> Improbabile <input type="checkbox"/> Possibile <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Certa				
Imputabilità	<input type="checkbox"/> Esclusa <input type="checkbox"/> Improbabile <input type="checkbox"/> Possibile <input type="checkbox"/> Probabile <input type="checkbox"/> Certa				
SCORE assegnato (tabella colori)	Frequenza (F) = Gravità (G) = Score Rischio (FxG) =				
Conseguenze	Sui pazienti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì descrivere:				
	Sul processo di donazione: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì descrivere:				
	Sull'organizzazione: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì descrivere:				
Possibili cause/fattori contribuenti	Fattori del paziente				
	Fattori umani dell'individuo e del team				
	Fattori delle tecnologie e dell'ambiente di lavoro				
	Fattori organizzativi e del management				
Parole chiave report (indicare non più di 3)					
Piano di miglioramento					
Azioni correttive e preventive immediate (Sono quelle già indicate sul form di segnalazione)					
Azioni di miglioramento	Obiettivo	Risultati attesi	Modalità di valutazione	Tempi	Responsabile/i
Report inoltrato a: <input type="checkbox"/> CNT <input type="checkbox"/> CIR <input type="checkbox"/> CRT <input type="checkbox"/> Altre strutture _____ con allegata relazione <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

* Da compilare ed inviare al CNT entro 1 mese dalla data di segnalazione per EA/RA con classificazione Rossa, entro 3 mesi per quelle con classificazione arancione