

Segnalazione di (facoltativo indicare nominativo)	Data:	
PAZIENTE COINVOLTO (anno di nascita)	UO:	
Descrizione Non conformità/Evento Avverso		
Quasi evento	Evento senza esito	Evento avverso
<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato ma non somministrato	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato senza reazioni	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato con reazione avversa
<input type="checkbox"/> Disposizioni non idonee per esami/intervento	<input type="checkbox"/> Preparazione ad esame/intervento non idonea	<input type="checkbox"/> Es. diagnostico o intervento non eseguito
<input type="checkbox"/> Il Pz stava per cadere	<input type="checkbox"/> Il Pz è caduto (senza danno)	<input type="checkbox"/> Il Pz è caduto con conseguente:
<input type="checkbox"/> Inefficienza apparecchiatura prima dell'utilizzo	<input type="checkbox"/> Inefficienza apparecchiatura durante l'utilizzo	<input type="checkbox"/> L'inefficienza dell'apparecchiatura ha causato:
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
Possibili cause		
<input type="checkbox"/> Errore "umano"	<input type="checkbox"/> Violazione di norme/protocolli	<input type="checkbox"/> Altre cause
Descrizione:		
Azione correttiva proposta		
Verifica Azione correttiva		
Osservazione sull'efficacia		
Firma Responsabile verifica	Data	

