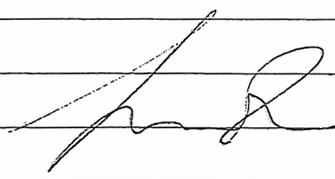
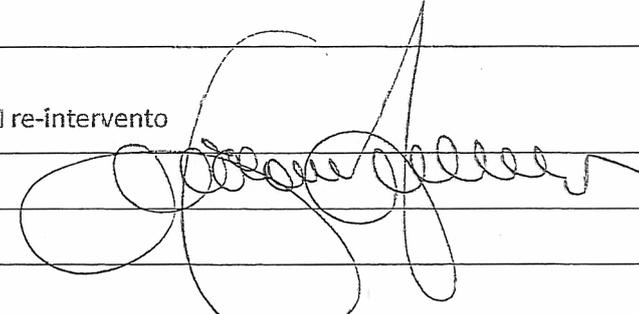
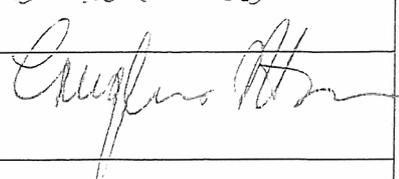


<b>Segnalazione di:</b> <i>Dr. GIOVANNI ZINNO - MEDICO</i> (facoltativo indicare nominativo/ruolo)		<b>Data:</b> <i>15-06-2021</i>
<b>Paziente coinvolto:</b> <i>CARIGLIANO FRANCESCO 01-01-1944</i>		<b>UO:</b> <i>ORTODONZIA</i>
<b>TIPOLOGIA EVENTO SEGNALATO</b> (specificare nella descrizione dinamica e esito)		
<b>QUASI EVENTO (NEAR MISS)</b>	<b>EVENTO SENZA ESITO</b>	<b>EVENTO AVVERSO</b>
<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato ma non somministrato	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato senza reazioni/danno	<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"/> Esame/intervento non eseguito per errata programmazione/preparazione
<input type="checkbox"/> Il paziente stava per cadere	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto (senza danno)	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto con conseguente danno
<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo prima dell'utilizzo	<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo durante l'utilizzo senza esito	<input type="checkbox"/> L'inefficienza/malfunzionamento dell'apparecchiatura/dispositivo con danno
<input type="checkbox"/> Altro:	<input checked="" type="checkbox"/> Altro: <i>RITORZIONE VENTILARIA DEL CU DURANTE LA NOTTE.</i>	<input type="checkbox"/> Altro:
<b>Possibili cause individuate da chi segnala evento</b>		
<input type="checkbox"/> Errore "umano"	<input checked="" type="checkbox"/> Violazione di procedure/protocolli	<input type="checkbox"/> Altre cause
<b>Descrizione accaduto:</b> <i>Vengo allertato dall'infermiera perché il paziente si è alzato autonomamente dal letto, nonostante il peso di 20 kg. È bene, sfilandosi con forza il catetere vescivale con successive perdite emettive urinarie. Si sollevano poi che risultano nelle norme, presente lucido e cellule scarse di midollo le repressi urinarie con betedone ed applicazione locale di spadol. di prescrizione trenex 2 fl. e.v. di essere sotto stretto controllo.</i>		
		
<b>ESITO</b> (aggiungere alla spunta una breve descrizione)		
<input type="checkbox"/> nessuno <input checked="" type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> trasferimento <input type="checkbox"/> re-intervento		
<i>Insufficienza urinale. bruciore e dolore alle minzioni a richiesta ricoprofite di controllo</i>		

<b>Segnalazione di:</b> (facoltativo indicare nominativo/ruolo)		<b>Data:</b> 17.03.2021
<b>Paziente coinvolto</b> Espósito Giuseppe		<b>UO:</b> ortopedia
<b>TIPOLOGIA EVENTO SEGNALATO</b> (specificare nella descrizione dinamica e esito)		
<b>QUASI EVENTO (NEAR MISS)</b>	<b>EVENTO SENZA ESITO</b>	<b>EVENTO AVVERSO</b>
<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato ma non somministrato	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato senza reazioni/danno	<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"/> Esame/intervento non eseguito per errata programmazione/preparazione
<input type="checkbox"/> Il paziente stava per cadere	<input checked="" type="checkbox"/> Il paziente è caduto (senza danno)	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto con conseguente danno
<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo prima dell'utilizzo	<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo durante l'utilizzo senza esito	<input type="checkbox"/> L'inefficienza/malfunzionamento dell'apparecchiatura/dispositivo con danno
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
<b>Possibili cause individuate da chi segnala evento</b>		
<input type="checkbox"/> Errore "umano"	<input type="checkbox"/> Violazione di procedure/protocolli	<input checked="" type="checkbox"/> Altre cause
<b>Descrizione accaduto:</b> il paziente riferisce di essersi alzato dal letto di sua stanza volendo ed essere caduto urtando con il lato destro del corpo contro il muro. Non sono presenti lesioni o danni prodotti dal trauma accidentale.		
<b>ESITO</b> (aggiungere alla spunta una breve descrizione)		
<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> trasferimento <input type="checkbox"/> re-intervento		
		

DOT CRUGLIANO OTTAVIO

Segnalazione di: (facoltativo indicare nominativo/ruolo)		Data: 15/03/2024
Paziente coinvolto ESPOSITO GIUSEPPE		UO: ORTOPEDIA
<b>TIPOLOGIA EVENTO SEGNALATO</b> (specificare nella descrizione dinamica e esito)		
<b>QUASI EVENTO (NEAR MISS)</b>	<b>EVENTO SENZA ESITO</b>	<b>EVENTO AVVERSO</b>
<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato ma non somministrato	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato senza reazioni/danno	<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"/> Esame/intervento non eseguito per errata programmazione/preparazione
<input type="checkbox"/> Il paziente stava per cadere	<input checked="" type="checkbox"/> Il paziente è caduto (senza danno)	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto con conseguente danno
<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo prima dell'utilizzo	<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo durante l'utilizzo senza esito	<input type="checkbox"/> L'inefficienza/malfunzionamento dell'apparecchiatura/dispositivo con danno
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
<b>Possibili cause individuate da chi segnala evento</b>		
<input type="checkbox"/> Errore "umano"	<input type="checkbox"/> Violazione di procedure/protocolli	<input checked="" type="checkbox"/> Altre cause
<b>Descrizione accaduto:</b>		
<p>Il paziente, dalla posizione seduta è passato in ortostatismi con conseguente cedimento delle gambe si è dunque lentamente accampato sul lato destro, combinate a quella della spalla operata. Riferisce dolore la ginocechia sinistra e spalla destra. Non evidenti ematomi. Presenta inibizione sudorazione al arto, edoema filiforme con PA 90/50 ipb 90%.</p> <p>Posto in Trendelenburg reale la PA (40/60) e la SpO2 (93%). Versatile ipotensione ortostatica. Il paziente lucido per tutta la durata dell'accaduto.</p>		
<b>ESITO</b> (aggiungere alla spunta una breve descrizione)		
<input type="checkbox"/> nessuno <input checked="" type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> trasferimento <input type="checkbox"/> re-intervento		
		

Segnalazione di: (facoltativo indicare nominativo/ruolo)		Data: 27.02.21
Paziente coinvolto CRIVARO ROSARIO		UO: ORTOPEDIA
<b>TIPOLOGIA EVENTO SEGNALATO</b> (specificare nella descrizione dinamica e esito)		
<b>QUASI EVENTO (NEAR MISS)</b>	<b>EVENTO SENZA ESITO</b>	<b>EVENTO AVVERSO</b>
<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato ma non somministrato	<input type="checkbox"/> Farmaco non idoneo preparato e somministrato senza reazioni/danno	<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"/> Esame/intervento non eseguito per errata programmazione/preparazione
<input type="checkbox"/> Il paziente stava per cadere	<input checked="" type="checkbox"/> Il paziente è caduto (senza danno)	<input type="checkbox"/> Il paziente è caduto con conseguente danno
<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo prima dell'utilizzo	<input type="checkbox"/> Inefficienza/malfunzionamento apparecchiatura/dispositivo durante l'utilizzo senza esito	<input type="checkbox"/> L'inefficienza/malfunzionamento dell'apparecchiatura/dispositivo con danno
<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> Altro:
<b>Possibili cause individuate da chi segnala evento</b>		
<input type="checkbox"/> Errore "umano"	<input type="checkbox"/> Violazione di procedure/protocolli	<input type="checkbox"/> Altre cause
<b>Descrizione accaduto:</b>		
<p>Vengo allertato dal personale infermieristico che mi riferiscono di aver trovato il pz. caduto a terra. All'EO non c'è evidenza di lesioni, né il pz. recorre dolore. Si prosegue Rx processo su controllo e letto.</p> <p style="text-align: right;">M. P. P.</p>		
<b>ESITO</b> (aggiungere alla spunta una breve descrizione)		
<input checked="" type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> trasferimento <input type="checkbox"/> re-intervento		
<p>Esito Rx processo su controllo e letto. Il pz. non risulta alcun danno.</p>		