

WORKSHEET C: **Ostetricia**

REVISORE \_\_\_\_\_

Azienda: \_\_\_\_\_

Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Data rilevazione: \_\_\_\_\_

N. SDO: \_\_\_\_\_

Trigger relativi alle cure			Trigger relativi alla terapia farmacologica			Trigger relativi all'area ostetrica-ginecologica		
cod	trigger	+	cod	trigger	+	cod	trigger	+
C1	Trasfusione di sangue o emoderivati		M1	Positività della coprocoltura al Clostridium difficile		P1	Lacerazione di 3° - 4° grado	
C2	Emergenza, arresto cardiaco o respiratorio, attivazione di un intervento salvavita		M2	PTT > a 100 secondi		P2	Piastrinemia inferiore a 50.000	
C3	Dialisi acuta		M3	Valori di INR > a 6		P3	Perdite ematiche durante il parto: > a 500 ml nel parto vaginale, > a 1000 ml nel parto cesareo	
C4	Emocoltura positiva		M4	Glicemia < a 50 mg/dl		P4	Consulenze specialistiche	
C5	Indagini radiologiche o doppler per embolia o trombosi delle vene profonde		M5	Azotemia o creatininemia 2 volte > del valore normale		P5	Somministrazione di prostaglandine nel periodo post-partum	
C6	Riduzione Hb e/o Ht del 25% durante il ricovero		M6	Somministrazione di vit. K		P6	Parto strumentale	
C7	Caduta del paziente		M7	Somministrazione anti-istaminco		P7	Somministrazione di anestesia generale	
C8	Lesioni da decubito		M8	Somministrazione di flumazenil		P8	Degenza post parto > di 5 giorni	
C9	Ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione		M9	Somministrazione di naloxone				
C10	Utilizzo di sistemi di contenzione		M10	Somministrazione di antiemetici				
C11	Infezioni correlate a pratiche assistenziali		M11	Eccessiva sedazione				
C12	Stroke in ospedale							
C13	Trasferimento a un livello superiore di cure							
C14	Complicanze di procedure							

Evento avverso:  NO  SI (se SI compilare scheda pagina successiva)

Cognome e Nome Revisore \_\_\_\_\_

Firma Revisore \_\_\_\_\_