

WORKSHEET E: **Rianimazione**

REVISORE _____

Azienda: _____

Presidio Ospedaliero _____

Unità Operativa: _____

Data rilevazione: _____

N. SDO: _____

Trigger relativi alle cure			Trigger relativi alla terapia farmacologica			Trigger relativi all'area terapia intensiva		
cod	trigger	+	cod	trigger	+	cod	trigger	+
C1	Trasfusione di sangue o emoderivati		M1	Positività della coprocoltura al Clostridium difficile		I1	Polmonite nosocomiale	
C2	Emergenza, arresto cardiaco o respiratorio, attivazione di un intervento salvavita		M2	PTT > a 100 secondi		I2	Riammissione in Terapia Intensiva	
C3	Dialisi acuta		M3	Valori di INR > a 6		I3	Procedure in UTI	
C4	Emocoltura positiva		M4	Glicemia < a 50 mg/dl		I4	Intubazione, re-intubazione	
C5	Indagini radiologiche o doppler per embolia o trombosi delle vene profonde		M5	Azotemia o creatininemia 2 volte > del valore normale				
C6	Riduzione Hb e/o Ht del 25% durante il ricovero		M6	Somministrazione di vit. K				
C7	Caduta del paziente		M7	Somministrazione anti-istaminico				
C8	Lesioni da decubito		M8	Somministrazione di flumazenil				
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 _____