

SCHEDA EVENTO AVVERSO:

REVISORE _____

Azienda: _____

Presidio Ospedaliero _____

Unità Operativa: _____

Data rilevazione: _____

N. SDO: _____

Descrizione evento avverso	Gravità del danno	
	X	Descrizione
	A	Circostanze o eventi che non hanno la capacità di causare danno;
	B	Errori che non raggiungono il paziente;
	C	Errori che raggiungono il paziente ma non causano danno;
	D	Errori che raggiungono il paziente e richiedono monitoraggio o intervento per confermare che non si è trattato di un danno al paziente.
	E	Danno temporaneo al paziente che richiede intervento;
	F	Danno temporaneo al paziente che richiede ospedalizzazione o prolungamento della degenza;
	G	Danno permanente al paziente;
	H	Danno che necessita un intervento "salvavita";
	I	Decesso del paziente

Cognome e Nome Revisore _____

Firma Revisore _____