

WORKSHEET B: **chirurgia e anestesia**

REVISORE _____

Azienda: _____

Presidio Ospedaliero _____

Unità Operativa: _____

Data rilevazione: _____

N. SDO: _____

Trigger relativi alle cure			Trigger relativi alla terapia farmacologica			Trigger relativi all'area chirurgica		
cod	trigger	+	cod	trigger	+	cod	trigger	+
C1	Trasfusione di sangue o emoderivati		M1	Positività della coprocoltura al Clostridium difficile		S1	Re-intervento	
C2	Emergenza, arresto cardiaco o respiratorio, attivazione di un intervento salvavita		M2	PTT > a 100 secondi		S2-A	Cambio di procedura chirurgica durante l'intervento chirurgico	
C3	Dialisi acuta		M3	Valori di INR > a 6		S2-B	Cambio di procedura anestesiológica durante l'intervento chirurgico	
C4	Emocoltura positiva		M4	Glicemia < a 50 mg/dl		S3	Ricovero in Terapia Intensiva non programmato	
C5	Indagini radiologiche o doppler per embolia o trombosi delle vene profonde		M5	Azotemia o creatininemia 2 volte > del valore normale		S4	Intubazione, re-intubazione o utilizzo di BiPap nel post operatorio	
C6	Riduzione Hb e/o Ht del 25% durante il ricovero		M6	Somministrazione di vit. K		S5	Radiografia intraoperatoria o nella fase del risveglio	
C7	Caduta del paziente		M7	Somministrazione anti-istaminco		S6	Decesso intra o postoperatorio	
C8	Lesioni da decubito		M8	Somministrazione di flumazenil		S7	Ventilazione meccanica postoperatoria superiore alle 24 ore	
C9	Ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione		M9	Somministrazione di naloxone		S8	Somministrazione intraoperatoria di adrenalina, noradrenalina, naloxone o flumazenil	
C10	Utilizzo di sistemi di contenzione		M10	Somministrazione di antiemetici		S9	Aumento postoperatorio dei valori di troponina oltre 1.5 ng/ml	
C11	Infezioni correlate a pratiche assistenziali		M11	Eccessiva sedazione		S10	Danno, riparazione o rimozione di un organo durante l'intervento chirurgico	
C12	Stroke in ospedale					S11	Comparsa di complicanze postoperatorie	
C13	Trasferimento a un livello superiore di cure					S12	Durata intervento > 6 h	
C14	Complicanze di procedure							

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

Cognome e Nome Revisore _____

Firma Revisore _____