

WORKSHEET A: **medicina**

REVISORE \_\_\_\_\_

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

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

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

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

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

Trigger relativi alle cure			Trigger relativi alla terapia farmacologica		
cod	trigger	+	cod	trigger	+
C1	Trasfusione di sangue o emoderivati		M1	Positività della coprocoltura al Clostridium difficile	
C2	Emergenza, arresto cardiaco o respiratorio, attivazione di un intervento salvavita		M2	PTT > a 100 secondi	
C3	Dialisi acuta		M3	Valori di INR > a 6	
C4	Emocoltura positiva		M4	Glicemia < a 50 mg/dl	
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-istaminco	
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 \_\_\_\_\_