

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO
POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE B

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE SOLO DAGLI ASSISTENTI SANITARI

1. L'ASSICURATO ERA SOLO AL MOMENTO DEL FATTO CONTESTATO?

No

Si Indicare le persone presenti: _____

2. CONSEGUENZE EVIDENTI DEL FATTO CONTESTATO:

- Danni materiali:

a) agli strumenti di lavoro _____

b) altro: _____

-Lesioni alla persona _____

3. PROCEDURE AZIENDALI:

la struttura ha adottato linee guida/procedure per l'attività oggetto di contestazione

la struttura non ha adottato linee guida/procedure per l'attività oggetto di contestazione

al personale SONO STATE FORNITE informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'attività professionale inerente l'ambito contestato;

al personale NON SONO STATE FORNITE informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'attività professionale inerente l'ambito contestato;

4. PROFILO PAZIENTE/UTENTE:

Paziente

Utente con accesso programmato al Servizio (Vaccinazione, Mantoux, Screening, Tamponi, Sierologico, etc..)

Dipendente con accesso per Sorveglianza Sanitaria e Medica

Specifiche

• Idoneità Sorveglianza Sanitaria Si No Con limitazioni

• Idoneità Sorveglianza Medica Si No Con limitazioni

Minore accompagnato

Disabile accompagnato

Altro _____

5. IN RIFERIMENTO ALL'ACCADUTO, L'ASSICURATO PENSA CHE LA RESPONSABILITA' SIA DA ATTRIBUIRE:

A se stesso/a

Al lavoro in Equipe

Al/la Coordinatore/trice

Altro (Fattori legati a strutture e tecnologie (spazi di lavoro, apparecchiature/dispositivi, impianti).

Ps: per le particolarità dell'accaduto la invitiamo a compilare con precisione il campo "descrizione dettagliata del fatto" presente sul modulo A.