

SEZIONE B

DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE SOLO DAGLI

ORTOTTISTI ASSISTENTI DI OFTALMOLOGIA

AREA ORGANIZZATIVA NELL'AMBITO DELLA QUALE E' AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

1. AREA PREVENTIVA

- Organizzazione di campagne informative ed educative orientati alla prevenzione visiva
- Analisi di situazioni di rischio clinico
- Screening visivi neonatali
- Screening visivi in età pediatrica
- Screening visivi età adulta
- Screening età senile
- Medicina del lavoro
- Altro (specificare)_____

2. AREA VALUTATIVA –DIAGNOSTICA

- Valutazione motoria e sensoriale visione binoculare e/o diagnosi funzionale
- Valutazione rifrattiva e individuazione compenso rifrattivo
- Valutazione preoperatoria strabismo
- Valutazione rifrattiva, motoria e sensoriale visione binoculare e semeiotica strumentale preoperatoria in chirurgia refrattiva
- Valutazione preoperatoria e semeiotica strumentale in pazienti con cornea irregolare
- Procedure di valutazione qualitative e quantitative della funzionalità visiva

Per effettuare gli esami sopraindicati è stato necessario:

- instillazione di colliri anestetici
- instillazione colliri midriatici
- instillazione colliri cicloplegici
- instillazione colliri miotici
- non ho instillato alcun collirio
- Altro (specificare)_____

3. AREA SEMEIOTICA STRUMENTALE OFTALMICA

- Esami strumentali non a contatto segmento anteriore
- Esami strumentali non a contatto segmento posteriore
- Esami funzionali
- Esami elettrofunkzionali
- Esami strumentali a contatto

Per effettuare gli esami sopraindicati è stato necessario:

- instillazione di colliri anestetici
- instillazione colliri midriatici
- non ho instillato alcun collirio
- Altro (specificare)_____

4. AREA CONTATTOLOGIA MEDICA

- Rilevazione dei parametri necessari all'individuazione della lente a contatto da applicare
- Prove applicative di lente a contatto
- Altro (specificare)_____

5. AREA PROTESICA

- Rilevazione dei parametri necessari all'individuazione della protesi da applicare
- Applicazione – Rimozione della protesi
- Riabilitazione protesica
- Altro (specificare)_____

6. AREA CHIRURGICA

- Attività di strumentista per interventi di ambito oftalmologico
- Valutazione ortottica intraoperatoria
- Valutazione strumentale intraoperatoria
- Gestione strumentazione tecnica (Faco, femtolaser, laser ad eccimeri, ecc.....)
- Attività di key operator
- Altro (specificare)_____

7. AREA ASSISTENZA OFTALMICA

- Assunzione di informazioni oggettive e soggettive per l'identificazione dei bisogni di salute visiva
- Triage oftalmico
- Somministrazione colliri propedeutici alla semeiotica strumentale (midratici, cicloplegici, miotici, anestetici) ed alla visita oculistica.
- Altro (specificare)_____

8. AREA DI CURA E RIABILITAZIONE

- Definizione del progetto riabilitativo con pianificazione dell'intervento e la definizione degli obiettivi
- Elaborazione di programmi abilitativi/riabilitativi individuando le modalità operative e terapeutiche più adeguate anche in collaborazione con altri profili
- Esecuzione dell'intervento riabilitativo attuando il piano di trattamento secondo gli obiettivi prefissati anche individuando le risorse aggiuntive per lo svolgimento del piano di trattamento
- Indicazione (prescrizione) di presidi prismatici o lenti oftalmiche terapeutiche per lo strabismo
- Indicazione (prescrizione) terapia oclusiva o similari
- Verifica dell'efficacia dell'intervento analizzando le risposte e modificazioni rispetto agli indicatori di risultato prefissati
- Altro (specificare)_____

9. AREA IPOVISIONE

- Valutazione del contesto socio-ambientale per l'individuazione del care-giver e addestramento dello stesso
- Valutazione del contesto ambientale per addestramento alla mobilità ed orientamento
- Individuazione degli ausili visivi appropriati
- Sedute di trattamento abilitativo/riabilitativo del residuo visivo
- Valutazione l'efficacia dell'utilizzo degli ausili visivi
- Altro (specificare)_____

10. AREA GESTIONALE

- Gestione del personale assegnato in termini di distribuzione, attività svolte, orari; carichi di lavoro; dati di produttività ed epidemiologici
- Incarico di funzione organizzativo e/o professionale
- Dirigenza Amministrativa
- Coordinamento
- Direzione
- Formazione
- Area Organizzativa
- Sviluppo di percorsi riabilitativi integrati
- Omogeneizzazione delle procedure aziendali
- Altro (specificare) _____

11. STATO DELLE APPARECCHIATURE/DISPOSITIVI (se) INTERESSATI

Apparecchiature

- Tipo di apparecchiatura _____
- Anno di installazione _____ collaudo _____
- Anno di ultima revisione e/o aggiornamento _____
- Data fabbricazione _____ È disponibile documentazione aggiornata? SI NO

Utilizzo farmaci e/o presidi

- Data scadenza (presidi) _____ Data scadenza (farmaci) _____
- Annotazioni _____
- Utilizzo Automezzi di servizio (inerenti il fatto accaduto) SI NO

12. CONSEGUENZE DEL FATTO CONTESTATO

- Danni materiali
 - All'apparecchiatura
 - A strumenti accessori
 - Agli arredi
 - A beni/oggetti del paziente o accompagnatore
- Lesioni al paziente
- Altro (specificare) _____

13. SISTEMA INFORMATIVO DEI FLUSSI DELLE PRESTAZIONI (SISTEMA DI GESTIONE, MEMORIZZAZIONE E CONSERVAZIONE DI UNA CARTELLA INFORMATIZZATA)

- Esiste un sistema informativo SI NO
- Ogni operatore accede al sistema con una identificazione univoca SI NO
- Esiste la possibilità di distinguere l'accesso di ciascun operatore SI NO
- Esiste una figura professionale che amministra il sistema informativo SI NO
- Questi riesce ad estrapolare le azioni compiute dagli operatori coinvolti SI NO
- Esiste un sistema di memorizzazione e conservazioni di grafici e/o immagini SI NO

14. PROCEDURE AZIENDALI \ ORDINI DI SERVIZIO (nel merito dell'accaduto)

Linee Guida

- La struttura HA ADOTTATO le Linee Guida, Protocolli, Buone Prassi nel merito dell'accaduto SI NO

Comunicazioni al personale/ordini di servizio

- Al personale SONO STATE FORNITE informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato SI NO

15. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

- Esterno
- Domiciliare
- Ambulatoriale
- Regime di PS\Urgenza
- Ricovero (Ordinario, DH, Day Surgery, ecc)
- Ospite di case di riposo e similari

16. CONTESTO IN CUI SI E' AVVENUTO IL FATTO

- In presenza A distanza (telemedicina, telegestione, ecc)

- Esiste una procedura specifica per la tele-assistenza e/o tele-diagnostica SI NO

17. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

- Responsabilità diretta
- Responsabilità d'equipe
- Responsabile di servizio o U.O.
- Altro (specificare)_____

18. IL PAZIENTE (se coinvolto) E' GIUNTO SUL LUOGO DELL'ACCADUTO:

- Autonomamente
- Deambulante
- Non deambulante
- Con trasporto dedicato (es. autoambulanza)
- Barellato
- Allettato
- Accompagnato da familiare e/o caregiver
- Altro (specificare)_____

19. LUOGO DELL'ACCADUTO

- Studio professionale
- Ambulatorio
- Reparto (letto del paziente)
- Reparto area critica (terapia intensiva e/o sub-intensiva)
- Sala operatoria
- Altro (specificare)_____

20. PRESENZA ALTRO PERSONALE AL MOMENTO DELL'ACCADUTO

- Medico
- Familiare
- Accompagnatore
- Caregiver
- Altro personale sanitario (specificare)_____
- Altro personale (specificare)_____

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