

SEZIONE B – DA COMPILARE SOLO DA PARTE DEI TNFP

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

- Area Gestionale (es: Dirigenza/Amministrativa; Incarico di funzione organizzativo e/o professionale; Amministratore/Utente A.D.T. Sistema Accettazione, Dimissioni, Trasferimento e/o sistemi informatizzati simili, etc.)
- Area Diagnostica (es: Elettroencefalografia, Video-EEG, Elettroencefalografia, Potenziali Evocati, Polisonnografia, Ultrasuoni,)
- Area Terapeutica (specifiche) (es: rTMS stimolazione magnetica transcranica, gestione dispositivi ventilatori non invasivi notturni, etc.)
- Area Chirurgica (es: Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio in area Neurochirurgica, Ortopedica, Vascolare, etc.)
- Procedura Tecnico-Strumentale in Accertamento di morte cerebrale

2. STATO DELLE APPARECCHIATURE/DISPOSITIVI E PRESIDII MEDICI (se) INTERESSATI

- Anno di installazione e collaudo: _____
- Data ultima revisione e/o aggiornamento: _____
- Data fabbricazione _____
- Data scadenza (presidi) _____

3. CONSEGUENZE MATERIALI DEL FATTO CONTESTATO

5.1 Danni materiali

- danno alla apparecchiatura
- danno a strumenti accessori
- altro _____

4. SISTEMA INFORMATIZZATO DI GESTIONE, MEMORIZZAZIONE E CONSERVAZIONE DEI DATI ACQUISITI

- No, non esiste un sistema informatizzato
- Si, esiste un sistema informatizzato
- Ogni utente accede al sistema con una identificazione univoca;
- Non esiste la possibilità di distinguere il log-in degli utenti.

5. PROCEDURE AZIENDALI inerenti il fatto

5.1 - Linee Guida/Raccomandazioni

- La struttura HA ADOTTATO le Linee Guida/Raccomandazioni per le pratiche neurofisiologiche;
- La struttura NON ha adottato le Linee Guida/Raccomandazioni per le pratiche neurofisiologiche;

5.2 - Comunicazioni al personale/ disposizioni aziendali

- 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;
- Al personale NON 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.

6. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

- Esterno
- Ricoverato (Ordinario, DH, Day Surgery, ecc)
- Regime di PS/Urgenza/Area Critica
- Altro (specificare) _____

8. Indicare se si trattava di un contesto riferito alla Tele-Diagnostica

- No, tutta l'equipe coinvolta era presente fisicamente
- Sì, la procedura era gestita in regime di Tele- Diagnostica

• Se sì:

- NON esiste una procedura specifica;
- Esiste una procedura specifica per le procedure di tele-diagnostica.

9. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

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

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

- Deambulante
- Con autoambulanza (o altri mezzi simili)

- Barellato
- Allettato
- Altro (specificare)_____

11. LUOGO DELL'ACCADUTO

- ambulatorio
- reparto (letto del paziente)
- reparto area critica (terapia intensiva e/o sub-intensiva)
- sala operatoria
- Altro (specificare)_____

12. PRESENZA ALTRO PERSONALE AL MOMENTO DELL'ACCADUTO

- medico
- professionista sanitario
- familiare
- accompagnatore
- caregiver