

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 AUDIOMETRISTI**

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

Area gestionale / organizzativa

- Dirigenza
- Incarico di funzione organizzativa  
(specificare \_\_\_\_\_)
- Coordinamento di particolari settori / professionisti  
(specificare: \_\_\_\_\_)

Area Preventiva

- Screening audiologico
- Monitoraggio uditivo dei lavoratori
- Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

Area Diagnostica

- Audiometria tonale liminare-sopraliminare
- Impedenzometria
- Audiometria vocale
- Audiometria condizionata infantile
- Acufenometria
- Potenziali evocati acustici/uditivi/vestibolari
- Videonistagmografia
- VHIT
- Test clinico della funzionalità vestibolare
- Otoemissioni acustiche
- Prodotti di distorsione
- AAbr
- Audiometria protesica
- Controllo protesico elettroacustico
- Compilazione report tecnico
- Altro (Specificare \_\_\_\_\_)

Area Riabilitativa (ev. specifiche)

- Mappaggio IC
- Attivazione protesi impiantabili
- Rieducazione vestibolare
  - Rieducazione tubarica
  - Rieducazione dell'acufene

Area Chirurgica:

- Monitoraggio intraoperatorio nervo acustico in intervento di IC
- Valutazioni audiologiche oggettive in narcosi
- Altro: (Specificare \_\_\_\_\_)

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

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

## 3. CONSEGUENZE MATERIALI DEL FATTO CONTESTATO

- Danno all'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 (identificazione generica)

## 5. PROCEDURE AZIENDALI INERENTI IL FATTO

### 5.1 - Linee Guida/Raccomandazioni

- La struttura HA ADOTTATO le Linee Guida/Raccomandazioni per le attività del tecnico audiometrista
- La struttura NON ha adottato le Linee Guida/Raccomandazioni per le per le attività del tecnico audiometrista

### 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)
- Pre e Post - ricovero
- Regime di PS/Urgenza/Area Critica
- Altro ( specificare) \_\_\_\_\_

## 7. 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:

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

## 8. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

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

## 9. IL PAZIENTE (SE COINVOLTO) E' GIUNTO SUL LUOGO DELL'ACCADUTO:

- Deambulante     Con autoambulanza (o altri mezzi similari)
- Barellato     Allettato
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

## 10. LUOGO DELL'ACCADUTO

- Ambulatorio pubblico
- Reparto (letto del paziente)
- Reparto area critica ( terapia intensiva e/o sub-intensiva)
- Sala operatoria
- Ambulatorio privato
- Studio professionale privato
- Centro privato convenzionato
- Centro privato non convenzionato
- Istituto termale
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

## 11.PRESENZA ALTRO PERSONALE AL MOMENTO DELL'ACCADUTO

- Medico
- Professionista sanitario
- Familiare
- Accompagnatore
- Caregiver

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