

Evento

Data _____ Ora _____ L'evento ha raggiunto il paziente? si ☐ no ☐

Nome e cognome del paziente *

Gli eventi da segnalare sono:

1. La presente scheda, vuole essere uno strumento per identificare i problemi e le cause ad essi connesse, che possono insorgere nelle attività assistenziali. Le informazioni che si otterranno saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive per prevenire in futuro problemi simili.
2. L' Incident Reporting è un sistema di segnalazione confidenziale, tutte le informazioni fornite saranno mantenute riservate
3. La scheda può essere consegnata anche in forma anonima
4. La scheda compilata può essere consegnata:
 - al Servizio Gestione Rischio Clinico: via fax **0744/ 612579** oppure via e-mail: **rischio.clinico@uslumbria2.it**
 - all'ai referente/i QRC dell'UO/ Servizio d'appartenenza