



NOTIFICA NEAR MISS

VIG/M4
Revisione n. 0
del 19/09/2012

(Da compilare a cura del medico trasfusore e del RVIG del SIMT)

SIMT di: Ragusa Modica Vittoria

Reparto _____

Paziente: _____ M F data di nascita ___/___/___

Cod Paziente _____ Data segnalazione ___/___/___ Data/ora evento ___/___/___ ___/___

Indicazione Terapia Trasfusionale _____

Note _____

Tipo errore (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Distribuzione emocomponente scaduto	<input type="checkbox"/> Emocomponente errato
<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sulla provetta	<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sacca
<input type="checkbox"/> Errore di determinazione del gruppo sul donatore	<input type="checkbox"/> Non corretto deflussore
<input type="checkbox"/> Paziente errato	<input type="checkbox"/> Errore laboratorio paziente
<input type="checkbox"/> Trasfusione emocomponente scaduto	<input type="checkbox"/> Utilizzo di unità non destinata al paziente
<input type="checkbox"/> Prelievo paziente errato	<input type="checkbox"/> Altro _____
Luogo (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Trasfusionale
<input type="checkbox"/> Emergenza / Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Sala operatoria
<input type="checkbox"/> Day-Hospital	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Domicilio	

Condizioni pre-esistenti	Sì	No	ND
Gravidanza/IVG			
Precedente trasfusione			
Pregresse reazioni trasfusionali			
Immunodepressione			
Anemia emolitica autoimmune			
Piastrinopenia autoimmune			

n. gravidanze: _____

Altre informazioni cliniche/anamnestiche rilevanti: _____

Medico trasfusore: _____

RVIG SIMT _____

RVIG Aziendale _____