

 <p>ASP RAGUSA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COMITATO OSPEDALIERO PER IL BUON USO DEL SANGUE</p>	<h1>NOTIFICA NEAR MISS</h1>	<p>VIG/M4 Rev. n. 3 08/04/2026</p>
---	-----------------------------	---

SIMT di: Ragusa Modica Vittoria

Data segnalazione ___/___/___ **Data/ora evento** ___/___/___ ___/___

Tipo errore (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Errata etichettatura campioni pretrasfusionali	<input type="checkbox"/> Errore test pretrasfusionale
<input type="checkbox"/> Assegnazione emocomponente non appropriato	<input type="checkbox"/> Trasfusione evitata di emocomponente scaduto
<input type="checkbox"/> Manipolazione dell'unità	<input type="checkbox"/> Utilizzo di unità non destinata al paziente
<input type="checkbox"/> Errata etichettatura emocomponente	<input type="checkbox"/> Prelievo paziente errato
<input type="checkbox"/> Errore di determinazione di gruppo emocomponente	<input type="checkbox"/> Trasfusione evitata emocomponente non appropriato
<input type="checkbox"/> Errata conservazione dell'unità	<input type="checkbox"/> Richiesta emocomponente non appropriato
<input type="checkbox"/> Assegnazione emocomponente scaduto	<input type="checkbox"/> Altro
Luogo (selezionare una voce)	
<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Trasfusionale	<input type="checkbox"/> Domicilio
<input type="checkbox"/> Emergenza	<input type="checkbox"/> Polo di lavorazione
<input type="checkbox"/> Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Centro di qualificazione biologica
<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Day-Hospital	

Note: _____

RVIG SIMT _____

RVIG Aziendale _____