



NOTIFICA NEAR MISS

VIG/M4
Rev. n. 1
del 28/03/2022

(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"/> Atro _____
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				n. gravidanze: _____
Precedente trasfusione				
Pregresse reazioni trasfusionali				
Immunodepressione				
Anemia emolitica autoimmune				
Piastrinopenia autoimmune				

Altre informazioni cliniche/anamnestiche rilevanti: _____

Medico trasfusore: _____

RVIG SIMT _____

RVIG Aziendale _____