

MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

POLIZZA RC PROFESSIONALE – FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP

SEZIONE B -DA COMPILARE SOLO DA PARTE DEI

TECNICI DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA

E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE

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

- Area Chirurgica
- Area Emodinamica
- Area Elettrofisiologia
- Area Ecocardiografica
- Area Rianimazione/Pronto Soccorso
- Altre aree (specificare) _____

Inserire le specifiche: (es specialità) _____

2. STATO DELLE APPARECCHIATURE/DISPOSITIVI MEDICI (SE) INTERESSATI

2.1 Anno di installazione e collaudo: _____

2.2 Anno di ultima revisione: _____

2.3 Registro/tracciabilità delle attività manutentive: SI NO

2.4 Note: _____

3. CONSEGUENZE DEL FATTO CONTESTATO

- Danni materiali a strumenti ed accessori
- Lesioni al paziente
- Altro (specificare) : _____

4. PROCEDURE AZIENDALI

Sono state adottate Procedure aziendali/Best Practices / Linee guida inerenti il fatto contestato?

SI NO

5. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

- Esterno
- Ricovero (Ordinario, DH, Day Surgery, ecc)
- Regime di PS\Urgenza
- Altro (specificare) _____

6. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

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

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