

SEZIONE B - DA COMPILARE SOLO SA PARTE DEI

TERAPISTI DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL' ETÀ EVOLUTIVA

1. LUOGO/STRUTTURA NELL'AMBITO DELLA QUALE È AVVENUTO IL FATTO CONTESTATO

- Azienda Ospedaliera
- Ospedaliero-Universitaria
- Azienda Sanitaria Locale
- Struttura privata accreditata e convenzionata
- Struttura privata accreditata
- Studio privato singolo (non convenzionato)
- Studio privato associato con altri professionisti (non convenzionato)
- Altro (specificare) _____

Indicare il contesto organizzativo: (es U.O. di Neonatologia; U.O. di Neuropsichiatria; U.O. di Riabilitazione) _____

2. CONSEGUENZE EVIDENTI DEL FATTO CONTESTATO

- Danno agli oggetti mobili _____
- Danno agli arredi _____
- Lesioni alle persone
(es. professionista, altri bambini presenti nella seduta di terapia) _____
- Altro (specificare) _____

3. INQUADRAMENTO CONTRATTUALE DEL PROFESSIONISTA

- Lavoratore dipendente
- Lavoratore con contratto di collaborazione coordinata e continuativa
- Lavoratore autonomo con partita iva
- Lavoratore a prestazione occasionale
- Altro (indicare) _____

4. PROCEDURE AZIENDALI \ ORDINI DI SERVIZIO INERENTI il fatto contestato

4.1 - Linee Guida

- La struttura HA ADOTTATO le Linee Guida dell'ISS/Internazionali inerenti il fatto contestato
- La struttura NON ha adottato le Linee Guida Guida dell'ISS/Internazionali inerenti il fatto contestato

4.2 - Comunicazioni al personale/ordini di servizio

- Al personale SONO STATE FORNITE informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato;
- Al personale NON sono state fornite informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato.

5. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

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

5.1 Specificare il tipo di attività

- Primo ingresso per valutazione e inquadramento clinico
- In terapia (frequenza settimanale della terapia)
- Altro, specificare il tipo di prestazione erogata _____

6. NELLA SALA DI TERAPIA ERANO PRESENTI ALTRE PERSONE?

- Genitore Altro congiunto(specificare) _____
- Inviante medico Altro professionista (specificare) _____
- Altri pazienti (es. nel caso di terapia di gruppo)
- Accompagnatore Tirocinante

7. PER QUALE MOTIVO PENSA DI ESSERE COINVOLTO

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

8. IL PAZIENTE (se coinvolto) È GIUNTO SUL LUOGO DELL'ACCADUTO

- Deambulante autonomamente
- Deambulante con ausili (es. deambulatore, tutori)
- In carrozzella autoguidata (a spinta o elettrificata)
- In carrozzella spinta da accompagnatore
- In passeggino
- In braccio all'accompagnatore
- Altro (specificare): _____

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