

Nome / indirizzo dell'ospedale / della clinica

Ricezione Swissmedic
(lasciare in bianco)

Dati del paziente

Iniziali del paziente	Nome	Cognome	Data di nascita	Sesso	se necessario, numero di riferimento interno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/>

Tipo di evento

- Errore di trasfusione / IBCT *L'errore è stato scoperto durante o dopo la trasfusione.*
- Un errore di trasfusione deve essere sempre notificato a prescindere dal fatto che il paziente abbia o meno avuto una reazione trasfusionale. Se si manifestano effetti indesiderati a causa di un errore di trasfusione, occorre notificare sia la trasfusione errata vera e propria sia la reazione trasfusionale provocata.*
- Near miss *L'errore è stato scoperto prima della trasfusione.*
- Data dell'evento

Gravità

- Grado 1 non grave Errore di forma senza potenziale scambio di paziente
- Assenza del visto sul modulo di richiesta
 - Provetta o modulo di richiesta etichettati in modo insufficiente
 - Lieve discrepanza fra provetta e modulo di richiesta
 - Cambiamento intenzionale del fattore Rhesus in caso di trasfusioni in grandi quantità
 - Manipolazione e conservazione con scarto di prodotti
- Grado 2 grave / danno permanente Errore di forma con potenziale scambio di paziente o errore di trasfusione con prodotto non ottimale
- Etichettatura delle provette assente
 - Data di nascita di un altro paziente
 - Dati identificativi di pazienti diversi rilevati su provetta/modulo prima dell'/all'arrivo del campione in laboratorio
 - Errori di trasfusione con compatibilità non accertata degli alloanticorpi secondo le istruzioni di lavoro
- Grado 3 pericolo di morte Scambio di paziente avvenuto durante una fase qualsiasi della catena trasfusionale
- Wrong Blood in Tube
(Wrong Blood in Tube significa che i dati identificativi del paziente su provetta e modulo di richiesta non corrispondono al paziente il cui sangue è nella provetta ed è stato scoperto dopo l'arrivo del campione in laboratorio)
 - Discrepanze nella determinazione del GS
 - Emoderivati ordinati per il paziente sbagliato
 - Errore di trasfusione incompatibile o compatibile solo per caso nel sistema ABO
- Grado 4 decesso

Momento in cui è avvenuto il problema

Localizzazione del problema nella catena trasfusionale

Fasi di lavoro in cui si è verificato il problema:

Preparazione	Prescrizione / Prelievo / Ordinazione <i>(p.es. identificazione del paziente al momento del prelievo di sangue, etichetta sul campione)</i>
Laboratorio	Ricezione dei campioni / Test / Stoccaggio / Consegna <i>(p.es. scambio di campioni, consegna di componenti erronei)</i>
Applicazione	Presca in consegna dell'emoderivato / Stoccaggio intermedio / Somministrazione <i>(p.es. identificazione del paziente prima della trasfusione)</i>

Analisi delle cause *(come si è potuto verificare il problema?)*

Nome Cognome Data di nascita

Descrizione dell'evento

(come, quando, dove, da chi? p.es. gruppo sanguigno differente nel laboratorio, incongruenze durante il controllo dei documenti prima della trasfusione)

Misure immediate

(p.es. eliminazione del campione, ordinazione di un nuovo campione, prodotto rispedito/distrutto, informazioni inoltrate)

Misure preventive

(quali misure potrebbero impedire la ripetizione del problema?)

Valutazione del problema da parte del responsabile dell'emovigilanza

Responsabile dell'emovigilanza Data Firma