

**MODULO PER LA RACCOLTA DI INFORMAZIONI
NECESSARIE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO**

**POLIZZA RC PROFESSIONALE
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI TSRM E PSTRP**

SEZIONE B – DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE SOLO DAI DIETISTI

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

Area gestionale / organizzativa

- dirigenza;
incarico di funzione organizzativa (specificare _____)
coordinamento di particolari settori / professionisti (specificare _____)

Area tecnico - professionale

- setting ambulatoriale
degenze per acuti
RSA / casa di riposo
ristorazione
prevenzione e salute pubblica (SIAN, istituti scolastici o altri istituti pubblici, amministrazioni locali)
centri polisportivi, palestre, associazioni sportive dilettantistiche o agonistiche e altri ambiti di nutrizione sportiva
centri estetici
attività in remoto quali siti professionali privati o blog

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

- Tipo di apparecchiatura: _____
- Anno di installazione e collaudo: _____
- Anno di ultima revisione: _____
- E' disponibile documentazione aggiornata?: SI* NO*

Note: _____

3. CONSEGUENZE MATERIALI/PATRIMONIALI DEL FATTO CONTESTATO (specificare)

- Danno ad una apparecchiatura/arredo: _____
Danno a strumenti accessori: _____
Danno ad un paziente: _____
Danno ad un accompagnatore: _____
Danno a beni / oggetti del paziente e/o accompagnatore: _____
Altro danno: _____

4. CONSEGUENZE CLINICHE DEL FATTO CONTESTATO (specificare)

- Danno di salute permanente: _____
Danno di salute temporaneo e prognosi: _____
E' stato necessario un ricovero o si è verificato un prolungamento della degenza? SI NO

5. SISTEMA INFORMATIVO

- E' presente un sistema informativo interno alla Struttura SI* NO*
- Ogni utente accede al sistema con una identificazione univoca SI* NO*
- Nel caso in oggetto l'interessato era loggato con proprie credenziali SI* NO*
- Esiste un amministratore di sistema in grado di estrapolare i file di log delle azioni compiute dagli operatori professionali coinvolti SI* NO*

6. LINEE GUIDA / PROCEDURE

La struttura ha adottato Linee Guida / procedure / istruzioni operative / documenti di buone pratiche per le prestazioni a cui è conseguito il danno?

SI NO

Specificare quale / quali (in riferimento al sinistro oggetto di denuncia):

Il professionista ha agito in base alle linee Linee Guida / procedure / istruzioni operative / documenti di buone pratiche adottate? SI NO

7. COMUNICAZIONI AL PERSONALE/ORDINI DI SERVIZIO

La Struttura ha fornito al professionista informazioni precise e documentate circa i comportamenti da adottare durante l'espletamento delle funzioni professionali specifiche riferite all'ambito del fatto contestato?

SI NO NON PREVISTO IN QUANTO STUDIO PROFESSIONALE

8. PROFILO CONTRATTUALE DEL PAZIENTE

Esterno

Ricoverato (Ordinario, DH, Day Surgery, ecc)

Regime di PS\Urgenza

Altro, specificare _____

9. PER QUALE MOTIVO IL PROFESSIONISTA PENSA DI ESSERE STATO COINVOLTO?

Responsabilità diretta

Responsabilità d'equipe

Responsabile di reparto / servizio / struttura

Altro (specificare): _____

10. IL PAZIENTE (se coinvolto) SUL LUOGO DELL'ACCADUTO ERA:

Deambulante / autonomo

Non autonomo (es.: in sedia a rotelle, in barella...)

Accompagnato

Solo

SPAZIO PER ULTERIORI ANNOTAZIONI RITENUTE OPPORTUNE: