

A cura del dipendente (compilare le 2 pagine, in stampatello)

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

Dati Contrattuali: matricola ARES118 _____ qualifica _____

in servizio presso (postazione/sede/servizio) _____

Descrizione dell'Evento:

data ____/____/20____ orario____:____ Luogo: via _____

Città: _____ CAP _____ ASL _____ Testimoni: |NO| |SI|

nominativi: _____

Preposto/Dirigente avvisato dell'evento: Coordinatore Capoarea Posizione Organizzativa
 Direttore UO _____

Descrizione delle cause e delle circostanze dell'evento: fornire una descrizione sintetica e barrare le caselle nei riquadri sottostanti per tutte le voci compatibili

INCIDENTE

NEAR MISS

NON CONFORMITÀ

Durante un soccorso In Sala Operativa In Postazione In Centrale di ascolto Durante servizio esterno

In ufficio Durante formazione In Magazzino Maxiemergenza/ Grande Evento Altro:

Indicare il luogo in cui è avvenuto l'EVENTO

Presso PS Luogo privato Luogo pubblico (no PS) Aperto Chiuso

In cabina guida ambulanza/automedica Mentre conduceva il mezzo Mentre era un passeggero **Mentre svolgeva la seguente attività:**

In vettura di servizio Lavoro postazione di ascolto Riordino/pulizia ambienti della postazione

In cellula sanitaria ambulanza Mentre era seduto Mentre era in piedi Lavoro al videoterminale In attesa di chiamata

Altro: Riordino/pulizia/rifornimento mezzo soccorso

DPI utilizzati Guanti (indicare) Nitrile Lattice tuta NBCR Calzature antinfortunistiche
 Vinile Gomma FFP2/FFP3 Elmetto di protezione

Guanti per protezione meccanica (tagli, abrasioni, ecc.)

Occhiali Altro

Divisa alta visibilità

Attrezzature utilizzate elettromedicali dispositivi elettronici attrezzature manuali Altro:

Indicare se l'EVENTO, di qualsiasi tipo, può essere stato favorito dalle seguenti circostanze:

Movimento improvviso: <input type="checkbox"/> del paziente <input type="checkbox"/> del mezzo (frenata, curva, sobbalzo, ecc..)	Paziente: <input type="checkbox"/> collaborante <input type="checkbox"/> non collaborante
<input type="checkbox"/> Sblocco/Inceppamento parte meccanica di attrezzatura/guasto	
<input type="checkbox"/> Pedana di risalita <input type="checkbox"/> Portiere <input type="checkbox"/> Meccanismi attrezzatura <input type="checkbox"/> Guasto meccanico	<input type="checkbox"/> altro:

Indicare se l'EVENTO, di qualsiasi tipo, si è verificato mentre si eseguivano le seguenti attività:

<input type="checkbox"/> Camminava	<input type="checkbox"/> Saliva/scendeva scale	<input type="checkbox"/> Saliva/scendeva dal m.d.s.	<input type="checkbox"/> Si alzava/abbassava
------------------------------------	--	---	--

Indicare se l'EVENTO, di qualsiasi tipo, può essere descritto da una delle seguenti parole:

<input type="checkbox"/> Scivolava	<input type="checkbox"/> Inciampava	<input type="checkbox"/> Perdeva equilibrio	<input type="checkbox"/> Caduta a terra	<input type="checkbox"/> Schiacciamento	<input type="checkbox"/> Caduta altezza superiore a 2 metri
------------------------------------	-------------------------------------	---	---	---	---

Indicare se l'EVENTO, di qualsiasi tipo, si è verificato nelle seguenti circostanze:

<input type="checkbox"/> Condizioni atmosferiche avverse	<input type="checkbox"/> Superfici disconnesse	<input type="checkbox"/> Superfici scivolose	<input type="checkbox"/> Affollamento	<input type="checkbox"/> (Quasi) Investito da veicolo che sopraggiunge
<input type="checkbox"/> Poca luce/visibilità	<input type="checkbox"/> Spazi limitati/angusti	<input type="checkbox"/> Guasto meccanico		
<input type="checkbox"/> Posizione scomoda/difficile	<input type="checkbox"/> Ambiente naturale (bosco, montagna, ecc...)			

L'EVENTO si è verificato mentre si MOVIMENTAVA un carico

Peso stimato carico Kg _____	Movimentazione effettuata da n° _____ persone	Di cui non ARES n° _____
<input type="checkbox"/> Sollevando da terra	<input type="checkbox"/> Paziente su barella	<input type="checkbox"/> Utilizzando KED
<input type="checkbox"/> Trasportando	<input type="checkbox"/> Paziente su telo	<input type="checkbox"/> Presa difficile <input type="checkbox"/> Sbilanciamento del carico
<input type="checkbox"/> Spingendo/Tirando	<input type="checkbox"/> Spinale (<input type="checkbox"/> Vuota)	<input type="checkbox"/> Ingombro di oggetto/i trasportato/i Indicare _____
<input type="checkbox"/> Caricando su ambulanza	<input type="checkbox"/> Barella vuota	
<input type="checkbox"/> Scaricando da ambulanza	<input type="checkbox"/> Sedia portantina (<input type="checkbox"/> Vuota)	<input type="checkbox"/> Spostando paziente da letto/sedia/ecc.. a barella/telo/ecc...
<input type="checkbox"/> Estraendo	<input type="checkbox"/> Persona (paziente)	<input type="checkbox"/> Accompagnando/sorreggendo paziente deambulante

Altro tipo di movimentazione:

Descrivere altra natura del carico:

L'EVENTO si è verificato durante la circolazione stradale con MEZZO DI SOCCORSO/VETTURA AZIENDALE

<input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> non operativa	<input type="checkbox"/> Indossava cinture di sicurezza	<input type="checkbox"/> Pioggia/neve/ghiaccio	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Automedica <input type="checkbox"/> non operativa	<input type="checkbox"/> Segnalatori acustici accesi	<input type="checkbox"/> Traffico intenso	
<input type="checkbox"/> Vettura aziendale	<input type="checkbox"/> Segnalatori visivi accesi	<input type="checkbox"/> Fondo stradale dissestato	
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> In sosta su strada per soccorso	<input type="checkbox"/> Su un incrocio	

L'incidente ha riguardato anche altri operatori ARES: NO SI (indicare i nomi):

L'EVENTO ha determinato una potenziale esposizione a Rischio Biologico

<input type="checkbox"/> Puntura/Taglio	<input type="checkbox"/> Mandrino ago cannula	<input type="checkbox"/> Durante uso
Dispositivo contaminato: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Lancetta pungidito	<input type="checkbox"/> Durante smaltimento nel contenitore
Dispositivo con sicurezza (NPD): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ago siringa intramuscolo	<input type="checkbox"/> Dopo smaltimento
Se NPD: sicurezza attivata? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ago siringa insulina	<input type="checkbox"/> Dispositivo abbandonato
<input type="checkbox"/> Durante passaggio del tagliente dall'utilizzatore ad altro operatore	<input type="checkbox"/> Bisturi	<input type="checkbox"/> Altro:
<input type="checkbox"/> Contenitore Smaltimento Aghi e Taglienti a portata di mano	<input type="checkbox"/> Contenitore Smaltimento non presente/non disponibile	

Altro:

EVENTO causato da AGENTE CHIMICO (Indicare sostanza chimica o nome commerciale prodotto)

L'EVENTO che in conseguenza di AGGRESSIONE NB: compilare ed inviare anche Scheda atti violenza

Data: _____	Firme
il lavoratore _____	
il Preposto/Dirigente _____	