
ALLEGATO C

SCHEDA DI RILEVAZIONE DI EVENTI AVVERSI (EMOVIGILANZA)
(da restituire al SIMT alla rilevazione dell'evento)

IDENTIFICATIVO DELLA STRUTTURA SANITARIA _____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO/ODONTOIATRA CHE HA EFFETTUATO LA TERAPIA

Paziente _____ data nascita ____/____/____ Diagnosi _____

Codice e tipo prodotto _____

Data e ora preparazione _____ Data e ora applicazione _____

Sintomi della reazione

Prurito ☐

Shock ☐

Orticaria ☐

Cianosi ☐

Anafilassi ☐

Dispnea ☐

Brividi ☐

Nausea ☐

Vomito ☐

Febbre (aumento > 2°C) ☐

Dolore toracico ☐

Reazione vasomotoria ☐

Tachicardia ☐

Ipotensione ☐

Altro _____

Gravità

Nessun sintomo (*near miss events*)

Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)

Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico

Persistenza della sintomatologia

Risoluzione entro 24 ore ☐

Risoluzione entro pochi giorni ☐

Risoluzione completa entro 6 mesi ☐

Anamnesi: _____

Farmaci somministrati al paziente: _____

Stato del paziente

Cosciente e collaborante ☐

Cosciente ☐

Non cosciente ☐

Evento avverso attribuibile ai materiali della preparazione: _____

Sospetto di materiali difettosi: _____

Note: _____

Data segnalazione _____/_____/_____. Firma e timbro del Medico _____

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO DEL SIMT DI RIFERIMENTO

Indagini eseguite: _____

Note: _____

Data compilazione _____

Firma e timbro del Medico del SIMT di riferimento
