

Spazio riservato al Personale della struttura

Cognome e Nome compilatore _____ data _____

Segnalazione Raccolta da: _____ Area segnalazione _____

comunicazione orale comunicazione scritta Classificazione rischio: A-basso B-medio C-alto D-molto alto

Nome Cognome contatto: _____ Struttura coinvolta: _____

Nome Cognome utente: _____ N.Cartella clinica paziente (cliniche): _____

Relazione del contatto: _____ Servizi coinvolti: _____

Oggetto della segnalazione: _____

GESTIONE SEGNALAZIONE a cura dei Responsabili/Coordinatori

Commenti utili a comprendere la segnalazione. Cosa abbiamo fatto

Data _____ Firma _____

CHIUSURA COMUNICAZIONE a cura dei Responsabili/Coordinatori

La risposta a chi ha fatto la segnalazione è stata data in data _____ da: _____

per iscritto (allegare) verbalmente Segnalazione chiusa con Cliente soddisfatto Cliente non soddisfatto Esito non rilevabile

Commenti in merito alla chiusura della segnalazione

Data _____ Firma _____

CONSEGNARE IL MODULO AD RGQ per la registrazione della segnalazione

n° _____ Reclamo Apprezzamento Data archiviazione segnalazione _____

Esito segnalazione: apertura NC n. _____ senza apertura NC contenzioso apertura sinistro