

---

**Modulo**

**Relazione audit**

M\_PQ-3\_3

ed. 5 rev. 00  
3 aprile 2023

---

---





## **Modalità di gestione dei controlli trasfusionali**

### **8 febbraio - 12 marzo 2024**

---





Data e ora prevista	Data e ora effettiva	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	
8 febbraio 12 marzo 2024	8 febbraio 12 marzo 2024	<b>X</b>	Norma UNI EN ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti”  International Organization for Standardization
		<b>X</b>	DM Salute 2/11/2015 pubblicato sulla GU Serie Generale n. 300 del 28.12.2015 – Suppl. Ordinario n. 69 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”  Ministero della Salute
		<b>X</b>	Raccomandazione n.5 Ministero della Salute “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”
		<b>X</b>	DA n. 421 del 17/05/2021 pubblicato nella GURS n. 24 del 04/06/21 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”  DA n. 20 del 9 gennaio 2024 pubblicato nella GURS n. 4 del 26/01/2024 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”;
		<b>X</b>	Standard Joint Commission International 

Area	
<input type="checkbox"/> Politica, obiettivi, attività <input type="checkbox"/> Sistema informativo <input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse strutturali <input checked="" type="checkbox"/> Sistema valutazione e miglioramento della qualità <input type="checkbox"/> Direzione U.O. <input checked="" type="checkbox"/> Degenza <input type="checkbox"/> Ambulatorio  <input type="checkbox"/> Diagnostica  <input checked="" type="checkbox"/> Terapia intensiva <input checked="" type="checkbox"/> Reparto operatorio <input type="checkbox"/> Risveglio <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> Anatomia Patologica	<input type="checkbox"/> Sistema struttura organizzativa <input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse umane <input type="checkbox"/> Sistema gestione risorse tecnologiche <input type="checkbox"/> Sistema comunicazione utenti <input type="checkbox"/> RQ <input type="checkbox"/> DH <input type="checkbox"/> Chirurgia ambulatoriale <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Medicina nucleare <input type="checkbox"/> Laboratorio analisi <input type="checkbox"/> Endoscopia <input checked="" type="checkbox"/> Cardiologia <input checked="" type="checkbox"/> Sala parto <input type="checkbox"/> Sterilizzazione <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Soccorso <input checked="" type="checkbox"/> Dialisi <input type="checkbox"/> Odontoiatria



## INDICE

Obiettivi dell'audit .....	7
Requisiti e standard di riferimento: .....	7
Criteri dell'audit .....	7
Strutture coinvolte .....	8
Risultati .....	9
<b>Presidio San Marco</b> .....	<b>11</b>
U.O. Anestesia e Rianimazione SM .....	13
U.O. Cardiologia e UTIC SM .....	15
U.O. I Chirurgia SM .....	17
U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM .....	19
U.O. Chirurgia vascolare SM .....	21
U.O. Malattie Infettive SM .....	23
U.O. Medicina Generale SM .....	25
U.O. Nefrologia e Dialisi SM .....	27
U.O. Neurochirurgia SM .....	29
U.O. Ortopedia SM .....	31
U.O. Ostetricia e Ginecologia SM .....	33
U.O. Patologia Ostetrica SM .....	35
U.O. PS Ostetrico/Sala Parto SM .....	37
U.O. Pediatria e PS. Pediatrico SM .....	39
U.O. Pronto Soccorso SM .....	40
U.O. MCAU S.M .....	42
U.O. Urologia SM .....	44
U.O. Neonatologia e UTIN SM .....	45
<b>Presidio Gaspare Rodolico</b> .....	<b>46</b>
U.O. Anestesia e Rianimazione GR .....	47
U.O. Anestesia e Rianimazione III .....	48
U.O. Cardiochirurgia GR .....	50
U.O. Cardiologia GR .....	52
U.O. Chirurgia Pediatrica GR .....	54
U.O. Chirurgia Vascolare GR .....	56
U.O. Centro trapianti GR .....	57
U.O. Chirurgia Generale 2 GR .....	58
U.O. Chirurgia Generale 3 GR .....	60
U.O. Chirurgia Toracica GR .....	62
U.O. Clinica Chirurgica GR .....	64
U.O. Clinica Ortopedica GR .....	66

U.O. Clinica Ostetrica e Ginecologica GR.....	68
U.O. Clinica Urologica GR .....	70
U.O. Ematologia GR .....	71
U.O. Medicina Generale GR .....	74
U.O. Medicina Interna GR .....	76
U.O. Oncoematologia Pediatrica GR .....	78
U.O. Oncologia GR.....	79
U.O. Pronto Soccorso GR .....	80
U.O. Pronto Soccorso GR .....	82
U.O.C. MCAU .....	84
U.O. TMO GR.....	86
U.O. UTIC GR .....	88
U.O. UTIN GR.....	90
Conclusioni .....	91
Risultanze dell'audit.....	93
Considerazioni finali .....	99

## Obiettivi dell'audit

---

L'audit che si è svolto dall'8 febbraio 2024 al 12 marzo 2024 è stato finalizzato a verificare che:

- nella documentazione sanitaria di tutti i pazienti a cui è stata effettuata una trasfusione sia presente il modulo registrazione dei controlli trasfusionali;
- siano presenti appropriate registrazioni delle attività di verifica e controllo della sacca da trasfondere, compresa la corrispondenza tra l'unità da trasfondere ed il paziente ricevente;
- siano presenti appropriate registrazioni delle attività di identificazione del paziente da trasfondere;
- siano presenti appropriate registrazioni delle attività di monitoraggio del paziente all'inizio della trasfusione, nei primi 15-20 minuti e alla fine della stessa.

## Requisiti e standard di riferimento:

---

**DM Salute 2/11/2015 pubblicato sulla GU Serie Generale n. 300 del 28.12.2015 – Suppl. Ordinario n. 69 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”**

Allegato VII F. Procedure per la prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO al letto del paziente

### Norma UNI EN ISO 9001:2015

Punto 8.5.1 Controlli della produzione e dell'erogazione dei servizi

Punto 8.5.2 Identificazione e rintracciabilità

### Manuale degli Standard Joint Commission International (JCI) per l'Accreditamento degli Ospedali

Standard PSG.1 L'ospedale elabora e implementa un processo atto a migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.

Standard COP.3.4 Linee guida cliniche e procedure sono definite e implementate per la manipolazione, l'utilizzo e la somministrazione di sangue ed emocomponenti.

## Criteri dell'audit

---

Nel corso dell'audit è stato valutato se:

- Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali;
- Il modulo riporta il nome e cognome del pz;
- Il modulo riporta la data di nascita del pz;
- Il modulo riporta il sesso del pz;
- Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere;

- Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente: richiesta al paziente dei propri dati identificativi: cognome, nome e data di nascita;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati sul braccialetto;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere;
- Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente: verifica dei dati identificativi con quelli riportati su ogni singola unità da trasfondere;
- Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data;
- Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora;
- Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico;
- Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore;
- Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione;
- Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione;
- Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio);
- Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione;
- Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione;
- Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione;
- Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data;
- Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione (entro 60 minuti dalla fine della trasfusione);
- Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico.

### **Strutture coinvolte**

---

L'audit che si è svolto tra febbraio e marzo del 2024, ha coinvolto 44 Unità Operative, 25 del P.O. G. Rodolico e 19 del P.O. San Marco.



## Risultati

---

I risultati sono presentati per presidio, per unità operativa e per requisito.



**Presidio San Marco**

---





<b>U.O. Anestesia e Rianimazione SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Paolo Murabito
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Giacomo Castiglione
Dr. Salvo Lo Monaco
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Vincenzo Anello
<b>DATA</b>
08 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Antonino Trombetta
2. dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Anestesia / Rianimazione		
	08-feb-24		
Data			
ID Cartella clinica	2024/966	2022/38732	2022/39925
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	si	si
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	si	si
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	si	si
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	si	si
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	si	no
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	no	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	no	no
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	no
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Anestesia / Rianimazione			
Data	08-feb-24			
ID Cartella clinica	2024/966	2022/38732	2022/39925	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si	si	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si	si	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si	si	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	no	si	si	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si	si	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si	si	si	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si	si	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si	si	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	si	si	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	si	si	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si	si	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	si	si	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si	si	
<b>TOTALE SI</b>	29	28	27	84
<b>TOTALE NO</b>	1	2	3	6
<b>SOMMA</b>	30	30	30	90
<b>%SI</b>	97%	93%	90%	93%
<b>%NO</b>	3%	7%	10%	7%

<b>U.O. Cardiologia e UTIC SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Alessio La Manna
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Marcello Pezzino
<b>DATA</b>
28 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa E. Mulè
Dr.ssa A. Sarracino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Marcello Pezzino

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Cardiologia e UTIC SM									
Data	28-feb-24									
ID Cartella clinica	2400/3063	2400/2375								
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI								
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI								
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI								
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI								
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI								

Reparto	Cardiologia e UTIC SM											
Data	28-feb-24											
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	NO										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	NO										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI										
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI										
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI										
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI										
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	NO										
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	NO										
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	NO	NO										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI										
<b>TOTALE SI</b>	23	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	48
<b>TOTALE NO</b>	7	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
<b>SOMMA</b>	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
<b>%SI</b>	77%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	80%
<b>%NO</b>	23%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	20%



<b>U.O. I Chirurgia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Gianluca Di Mauro
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Antonio Tanzillo
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Emanuele Calarco
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Giuseppe Salamanca
2. Dr. Salvatrice Santocono
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Antonio Tanzillo
Dr. Emanuele Calarco

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Generale 1									
Data	12-feb-24									
ID Cartella clinica	6415	6415	6415							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si	si							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si	si							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si	si							
Il modulo riporta il sesso del pz	si	si	si							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si							

Reparto	Chirurgia Generale 1											
Data	12-feb-24											
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	NO	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si	si	si									
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si	si									
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si	si	si									
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si	si									
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	si	NO									
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	si	NO									
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	NO	si	NO									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si	si									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	si	si									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si	si									
<b>TOTALE SI</b>	27	29	27									83
<b>TOTALE NO</b>	3	1	3									7
<b>SOMMA</b>	30	30	30									90
<b>%SI</b>	90%	97%	90%									92%
<b>%NO</b>	10%	3%	10%									8%

<b>U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Alfredo Bianchi
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Tore Crimi
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Giusi Attanasio
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Giuseppe Salamanca
2. Dr. Salvatrice Santocono
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Salvatore di Grazia
Dr.ssa Giusi Attanasio

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Maxillo-Facciale									
Data	12-feb-24									
<b>ID Cartella clinica</b>	6439	6440								
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si								
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si								
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si								
Il modulo riporta il sesso del pz	si	si								
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si								

Reparto	Chirurgia Maxillo-Facciale											
Data	12-feb-24											
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	NO										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	NO	NO										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	NO	si										
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si										
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si	NO										
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si										
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si										
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	si										
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	si										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	si										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si										
<b>TOTALE SI</b>	28	27	0									55
<b>TOTALE NO</b>	2	3	0									5
<b>SOMMA</b>	30	30	0									60
<b>%SI</b>	93%	90%	0%									92%
<b>%NO</b>	7%	10%	0%									8%

<b>U.O. Chirurgia vascolare SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giuseppe Battaglia
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Alberto Turiano
Dr. Consolazione Mannino
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Giusi Attanasio
<b>DATA</b>
08 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Antonino Trombetta
2. dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Vascolare		
Data	08-feb-24		
ID Cartella clinica	2024/1841	2024/3611	
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si	
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si	
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si	
Il modulo riporta il sesso del pz	si	si	
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Vascolare			
Data	08-feb-24			
ID Cartella clinica	2024/1841	2024/3611		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si	si		
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	si		
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	si		
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	si		
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si		
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	si		
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	si		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	si		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si		
<b>TOTALE SI</b>	30	30	0	60
<b>TOTALE NO</b>	0	0	0	0
<b>SOMMA</b>	30	30	0	60
<b>%SI</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	0%	<b>100%</b>
<b>%NO</b>	0%	0%	0%	0%

<b>U.O. Malattie Infettive SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Arturo Montineri
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Rosa Manuele
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Giuseppa Scilletta
<b>DATA</b>
28 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.Marco Torrisi
Dr.ssa Simona Di Caro
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Alessandro Geremia
Dr. Francesco Tuminelli

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Malattie infettive									
Data	28-feb-24									
ID Cartella clinica	2142	2142	5037	5037						
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI						

Reparto	Malattie infettive										
Data	28-feb-24										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	NO							
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO	NO							
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI							
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	NO	SI	SI	NO							
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO							
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI							
<b>TOTALE SI</b>	26	30	29	26	0	0	0	0	0	0	111
<b>TOTALE NO</b>	4	0	1	4	0	0	0	0	0	0	9
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	0	0	0	0	0	0	120
<b>%SI</b>	87%	100%	97%	87%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	93%
<b>%NO</b>	13%	0%	3%	13%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%



<b>U.O. Medicina Generale SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Benedetta Stancanelli
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Eleni Delli
Dr. Sabrina Faro
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Salvatore Strano
<b>DATA</b>
08 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Antonino Trombetta
2. dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Medicina Generale		
	08-feb-24		
Data	2023/3644	2023/2586	
ID Cartella clinica			
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si	
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si	
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si	
Il modulo riporta il sesso del pz	si	si	
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Medicina Generale			
Data	08-feb-24			
ID Cartella clinica	2023/3644	2023/2586		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si	si		
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si		
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si	si		
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si		
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si		
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	si		
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	si		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	si		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si		
<b>TOTALE SI</b>	30	30	0	60
<b>TOTALE NO</b>	0	0	0	0
<b>SOMMA</b>	30	30	0	60
<b>%SI</b>	100%	100%	0%	100%
<b>%NO</b>	0%	0%	0%	0%

<b>U.O. Nefrologia e Dialisi SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Carmelita Marcantoni
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Irene Torrisi
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
DrS. Bonaventura
<b>DATA</b>
28 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa E.Mulè
Dr.ssa A. Sarracino
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. S.Bonaventura

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Dialisi SM									
Data	28-feb-24									
ID Cartella clinica	242	242								
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI								
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI								
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI								
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI								
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI								

Reparto	Dialisi SM											
Data	28-feb-24											
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI										
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI										
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI										
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI										
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI										
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI										
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI										
<b>TOTALE SI</b>	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
<b>TOTALE NO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SOMMA</b>	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
<b>%SI</b>	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
<b>%NO</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

<b>U.O. Neurochirurgia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Giuseppe Barbagallo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Francesco Certo
Dr.ssa Michela Donzuso
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Antonella Sarracino
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Marco Torrisi
2. Dr. Ssa Gabriella Patanè
3. Dr. Gisella Vecchio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Michela Donzuso

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Neurochirurgia		
Data	14-feb-24		
ID Cartella clinica	42116	40327/1	40327/2
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	NO	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del	SI	SI	SI

Reparto	Neurochirurgia			
Data	14-feb-24			
ID Cartella clinica	42116	40327/1	40327/2	
ricevente				
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	NO	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	NO	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	NO	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	NO	SI	SI	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	25	30	30	85
<b>TOTALE NO</b>	5	0	0	5
<b>SOMMA</b>	30	30	30	90
<b>%SI</b>	83%	100%	100%	94%
<b>%NO</b>	17%	0%	0%	6%

<b>U.O. Ortopedia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giulio Bruno
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Davide Simone Vinci
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Giuseppe Salamanca
2. Dr. Salvatrice Santocono
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Daniela Maria Ruggeri

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Ortopedia					
Data	12-feb-24					
ID Cartella clinica	184	184	184	1210	1210	1210
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si	si	si	si	si
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si	si	si	si	si
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si	si	si	si	si
Il modulo riporta il sesso del pz	si	si	si	si	si	si
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si	si	si
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si	si	si

Reparto	Ortopedia						
Data	12-feb-24						
ID Cartella clinica	184	184	184	1210	1210	1210	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si	si	si	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si	si	si	si	si	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si	NO	si	si	NO	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si	si	si	si	si	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si	si	si	si	si	si	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si	si	si	si	si	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si	si	si	si	si	si	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si	si	si	si	si	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si	si	si	si	si	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	NO	si	si	si	si	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	NO	si	si	si	si	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si	si	si	si	si	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	NO	si	si	si	si	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si	si	si	si	si	
TOTALE SI	30	27	29	30	30	29	175
TOTALE NO	0	3	1	0	0	1	5
SOMMA	30	30	30	30	30	30	180
%SI	100%	90%	97%	100%	100%	97%	97%
%NO	0%	10%	3%	0%	0%	3%	3%



<b>U.O. Ostetricia e Ginecologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Emilio Lomeo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Grazia Arena
<b>COORDINATORE</b>
Dr.ssa Maria Grazia Rapisarda
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Marco Torrisi
2. Dr. Ssa Gabriella Patanè
3. Dr. Gisella Vecchio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Maria Grazia Rapisarda

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	UOC Ostetricia e Ginecologia		
	14-feb-24		
Data	2054	1923	
ID Cartella clinica			
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	NO	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	NO	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	

Reparto	UOC Ostetricia e Ginecologia			
Data	14-feb-24			
ID Cartella clinica	2054	1923		
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI		
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI		
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	NO		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI		
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI		
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI		
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	NO	SI		
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI		
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI		
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	NO		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI		
<b>TOTALE SI</b>	28	26		54
<b>TOTALE NO</b>	2	4		6
<b>SOMMA</b>	30	30		60
<b>%SI</b>	93%	87%		90%
<b>%NO</b>	7%	13%		10%

<b>U.O. Patologia Ostetrica SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Marco Palumbo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Alessandra Iemmola
<b>COORDINATORE</b>
Dr.ssa Agata Distefano
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Marco Torrisi
2. Dr. ssa Gabriella Patanè
3. Dr. Gisella Vecchio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Agata Distefano

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	UOC Patologia Ostetrica				
	14-feb-24				
Data	14-feb-24				
ID Cartella clinica	36574/1	36574/2	5011/1	5011/2	33125
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI	SI
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI	SI
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI	SI
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI	SI
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI

Reparto	UOC Patologia Ostetrica					
Data	14-feb-24					
ID Cartella clinica	36574/1	36574/2	5011/1	5011/2	33125	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	NO	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI	NO	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	NO	SI	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	NO	NO	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	28	29	30	28	25	140
<b>TOTALE NO</b>	2	1	0	2	5	10
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	30	150
<b>%SI</b>	93%	97%	100%	93%	83%	93%
<b>%NO</b>	7%	3%	0%	7%	17%	7%

<b>U.O. PS Ostetrico/Sala Parto SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dott. Lomeo E.
Prof. Palumbo M.
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE</b>
Dr.ssa Antonella Mariani
<b>DATA</b>
14 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr. Marco Torrisi
2. Dr. Ssa Gabriella Patanè
3. Dr. Gisella Vecchio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Antonella Mariani

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	PS Ostetrico / Sala Parto		
	14-feb-24		
ID Cartella clinica	2010/1	2010/2	2010/3
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI

Reparto	PS Ostetrico / Sala Parto			
Data	14-feb-24			
ID Cartella clinica	2010/1	2010/2	2010/3	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	NO	NO	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	
<b>TOTALE SI</b>	29	29	29	87
<b>TOTALE NO</b>	1	1	1	3
<b>SOMMA</b>	30	30	30	90
<b>%SI</b>	97%	97%	97%	97%
<b>%NO</b>	3%	3%	3%	3%

<b>U.O. Pediatria e PS. Pediatrico SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Raffele Falsaperla
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Elvira Parrinello
<b>DATA</b>
5 marzo 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Enza Mulè
Dr. Raffaele Iofida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Elvira Parrinello

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Non sono state effettuate trasfusioni

<b>U.O. Pronto Soccorso SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Paola Noto
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr ssa Gisella Vecchio
<b>DATA</b>
28 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Enza Mulè
Dr. R. Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr ssa Gisella Vecchio

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Pronto Soccorso SM									
Data	28-feb-24									
ID Cartella clinica	2024 0000 41	2024 0002 73	2024 0006 68							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI							



Reparto	Pronto Soccorso SM										
Data	28-feb-24										
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	NO								
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	NO								
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	NO	NO								
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	NO	NO								
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	NO	SI	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	NO	SI	NO								
<b>TOTALE SI</b>	26	28	13	0	0	0	0	0	0	0	67
<b>TOTALE NO</b>	4	2	17	0	0	0	0	0	0	0	23
<b>SOMMA</b>	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	90
<b>%SI</b>	87%	93%	43%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	74%
<b>%NO</b>	13%	7%	57%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	26%

<b>U.O. MCAU S.M</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Paola Noto
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. A. Ferlito
<b>DATA</b>
5 marzo 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Enza Mulè
Dr. Raffaele Iorfida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. A. Ferlito

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	MCAU SM									
Data	05-mar-2024									
ID Cartella clinica	2390									
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI									
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI									
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI									
Il modulo riporta il sesso del pz	SI									
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI									

Data	05-mar-2024										
ID Cartella clinica	2390										
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI										
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI										
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI										
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI										
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI										
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI										
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO										
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI										
<b>TOTALE SI</b>	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
<b>TOTALE NO</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>SOMMA</b>	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
<b>%SI</b>	93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	93%
<b>%NO</b>	7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%

<b>.O. Urologia SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Salvatore Bartolotta
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Costanza Salamone
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr ssa Antonella Meli
<b>DATA</b>
5 marzo 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Enza Mulè
Dr. Raffaele Iofida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr ssa Antonella Meli

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono documentati nella scheda di registrazione

<b>U.O. Neonatologia e UTIN SM</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Raffele Falsaperla
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Elvira Parrinello
<b>DATA</b>
5 marzo 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Enza Mulè
Dr. Raffaele Iofida
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Elvira Parrinello

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono documentati nella scheda di registrazione

## Presidio Gaspare Rodolico

---

<b>U.O. Anestesia e Rianimazione GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Paolo Murabito
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr: A.Castro
<b>DATA</b>
08 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Giuseppa Pappalardo
Dr.ssa Sabina Di Mari
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. dr.ssa Nunzia Costanza

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono registrati nella scheda di registrazione

<b>U.O. Anestesia e Rianimazione III</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Ettore Panascia
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Paolo Imbrogio
<b>DATA</b>
08 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Giuseppa Pappalardo
Dr.ssa Sabina Di Mari
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. dr. Paolo Imbrogio

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Rianimazione CAST									
Data	08-feb-24									
ID Cartella clinica	3422									
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si									
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si									
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si									
Il modulo riporta il sesso del pz	si									
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si									



Data	08-feb-24										
ID Cartella clinica	3422										
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si										
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si										
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si										
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si										
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si										
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si										
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si										
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si										
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si										
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si										
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si										
<b>TOTALE SI</b>	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
<b>TOTALE NO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SOMMA</b>	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30
<b>%SI</b>	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
<b>%NO</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

<b>U.O. Cardiochirurgia GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Salvatore Lentini
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Eugenio Trimarchi
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Di Rocco
<b>DATA</b>
19 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Filippo La Paglia
Dr.ssa Patrizia Marcantoni
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Di Rocco

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Cardiochirurgia GR	
Data	19-feb-24	
ID Cartella clinica	3697-24	
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	

Data	19-feb-24		
ID Cartella clinica	3697-24		
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI		
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI		
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI		
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI		
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI		
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI		
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI		
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI		
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI		
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI		
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI		
TOTALE SI	30		30
TOTALE NO	0		0
SOMMA	30		30
%SI	100%		100%
%NO	0%		0%

<b>U.O. Cardiologia GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Corrado tamburino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Wanda Deste
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Tommaso Castro
<b>DATA</b>
19 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Filippo La Paglia
Dr.ssa Patrizia Marcantoni
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. dr.ssa Giannazzo

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Cardiologia GR	
Data	19-feb-24	
ID Cartella clinica	394-24	40606-23
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	NO
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	NO

Data	19-feb-24		
ID Cartella clinica	394-24	40606-23	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	NO	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	NO	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	NO	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	NO	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	
TOTALE SI	30	17	47
TOTALE NO	0	13	13
SOMMA	30	30	60
%SI	100%	57%	78%
%NO	0%	43%	22%

<b>U.O. Chirurgia Pediatrica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Vincenzo Di Benedetto
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Domenica Passarello
<b>DATA</b>
12 Marzo 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Giuseppe Salamanca
Dr.ssa Maria Grazia Consoli
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Domenica Passarello

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Pediatrica GR									
Data	12-mar-24									
ID Cartella clinica	41442/23	41442/23								
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si								
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si								
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si								
Il modulo riporta il sesso del pz	si	si								
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	no	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	no	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	no								

Data	12-mar-24										
ID Cartella clinica	41442/23	41442/23									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	no									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	no									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si	si									
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si									
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	si	si									
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si									
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si									
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	si									
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	si									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	si	si									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	si	si									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	si									
<b>TOTALE SI</b>	28	21	0	0	0	0	0	0	0	0	49
<b>TOTALE NO</b>	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	11
<b>SOMMA</b>	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	60
<b>%SI</b>	93%	70%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	82%
<b>%NO</b>	7%	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18%

<b>U.O. Chirurgia Vascolare GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Pierfrancesco Veroux
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Prof. Alessia Giaquinta
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>DATA</b>
09 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Giuseppa Grasso
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. dr.ssa Russo

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono registrati nella scheda di registrazione



<b>U.O. Centro trapianti GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Pierfrancesco Veroux
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>DATA</b>
19 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Filippo La Paglia
Dr.ssa Patrizia Marcantonio
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. dr. <b>Maugeri</b>
2. dr.ssa Caterina Di Bartolo

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono registrati nella scheda di registrazione

<b>U.O. Chirurgia Generale 2 GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Silvana Latino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr: R. Leto
<b>DATA</b>
09 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr.ssa Giuseppina Grasso
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. Prof. Costa

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Generale 2					
Data	09-feb-24					
ID Cartella clinica	2400257417					
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI					
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI					
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI					
Il modulo riporta il sesso del pz	SI					
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI					

ID Cartella clinica	2400257417						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI						
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI						
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI						
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI						
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI						
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI						
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI						
<b>TOTALE SI</b>	30	0	0	0	0	0	30
<b>TOTALE NO</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>SOMMA</b>	30	0	0	0	0	0	30
<b>%SI</b>	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
<b>%NO</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

<b>U.O. Chirurgia Generale 3 GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Alessandro Cappellani
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr: G. Di Dio
<b>DATA</b>
09 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
1. Dr.ssa Giuseppina Grasso
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. Prof.ssa Maria Di Vita
2- Dr. Andrea Cavallaro

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia generale 3										
Data	09-feb-24										
ID Cartella clinica	24003186	24003186	24004625	24004625	23042306	23042306	2024000603	2024000019	2024000019	2024000019	
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

ID Cartella clinica	24003186	24003186	24004625	24004625	23042306	23042306	2024000603	2024000019	2024000019	2024000019	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	
<b>TOTALE SI</b>	24	30	30	26	23	27	24	26	28	29	267
<b>TOTALE NO</b>	6	0	0	4	7	3	6	4	2	1	33
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	300
<b>%SI</b>	80%	100%	100%	87%	77%	90%	80%	87%	93%	97%	89%
<b>%NO</b>	20%	0%	0%	13%	23%	10%	20%	13%	7%	3%	11%

<b>U.O. Chirurgia Toracica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Alberto Terminella
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott. M.Di Rocco
<b>DATA</b>
22 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Katia Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Emanuele Gaspare Fontana

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Chirurgia Toracica GR											
Data	22-feb-24											
ID Cartella clinica	4026/24 242451002 5	4026/24 409591	4026/24 4100049	42156/23 340441	4256/23 3408956	4256/23 3409087						
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Il modulo riporta la data di nascita del pz	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Il modulo riporta il sesso del pz	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	SI	NO	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma	NO	NO	SI	NO	SI	SI						

Data	22-feb-24										
ID Cartella clinica	4026/24 242451002 5	4026/24 409591	4026/24 4100049	42156/23 340441	4256/23 3408956	4256/23 3409087					
del medico sull'attività identificazione del ricevente											
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	NO	SI	NO	NO	SI					
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	NO	SI	NO	NO	SI					
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	NO	NO	SI	NO	NO	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	NO	NO	SI	NO	SI	SI					
TOTALE SI	0	0	30	0	27	30	0	0	0	0	87
TOTALE NO	30	30	0	30	3	0	0	0	0	0	93
SOMMA	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	180
%SI	0%	0%	100%	0%	90%	100%	0%	0%	0%	0%	48%
%NO	100%	100%	0%	100%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	52%

<b>U.O. Clinica Chirurgica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Antonio Biondi
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Domenico Rapisarda
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
<b>DATA</b>
20 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Crisafi

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Clinica Chirurgia GR										
Data	20-feb-24										
ID Cartella clinica	5867/24	5703/24(12/24)	5703/24(17/24)	3487/24(24/1/24)	37379/23						
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta la data di nascita del pz	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta il sesso del pz	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma	NO	SI	SI	NO	NO						



Data	20-feb-24										
ID Cartella clinica	5867/24	5703/24(12/24)	5703/24(17/24)	3487/24(24/1/24)	37379/23						
del medico sull'attività identificazione del ricevente											
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	SI	NO	NO						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO	NO						
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO	NO						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	NO	SI	SI	NO	NO						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	NO	NO						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	NO	SI	SI	NO	NO						
TOTALE SI	0	30	30	0	0	0	0	0	0	60	
TOTALE NO	30	0	0	30	30	0	0	0	0	90	
SOMMA	30	30	30	30	30	0	0	0	0	150	
%SI	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	40%	
%NO	100%	0%	0%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	60%	

<b>U.O. Clinica Ortopedica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Vito Pavone
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Angelo Raffa
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Giuseppina Coco
<b>DATA</b>
23 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Salvatrice Santocono
Dr.ssa Adele Palmieri
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Giuseppina Coco

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Clinica Ortopedica GR											
Data	23-feb-24											
ID Cartella clinica	24000743	24001250	24000558	24001428	24002082	24002820						
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI						

Data	23-feb-24											
	24000743	24001250	24000558	24001428	24002082	24002820						
ID Cartella clinica												
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI						
<b>TOTALE SI</b>	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	18	0
<b>TOTALE NO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	18	0
<b>%SI</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
<b>%NO</b>	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

<b>U.O. Clinica Ostetrica e Ginecologica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof.ssa Liliana Mereu
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Elvira Marletta
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Rosa Maria Massimino
<b>DATA</b>
22 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Catena Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Rosa Maria Massimino

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Ostetrica e Ginecologica GR									
Data	22-feb-24									
ID Cartella clinica	2611/24	1960/24	1960							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	NO							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	NO							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	NO							
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	NO							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	NO							

Data	22-feb-24										
ID Cartella clinica	2611/24	1960/24	1960								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	NO	NO	NO								
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	NO								
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	NO	NO	NO								
<b>TOTALE SI</b>	22	28	0	0	0	0	0	0	0	0	50
<b>TOTALE NO</b>	8	2	30	0	0	0	0	0	0	0	40
<b>SOMMA</b>	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	90
<b>%SI</b>	73%	93%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	56%
<b>%NO</b>	27%	7%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	44%

<b>U.O. Clinica Urologica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Sebastiano Cimino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Francesca Mandolfo
<b>DATA</b>
23 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Salvatrice Santocono
Dr.ssa Adele Palmieri
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Agosta

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono registrati nella scheda di registrazione

<b>U.O. Ematologia GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Francesco Di Raimondo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Dorina Cultrera
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Silvio Caceci
<b>DATA</b>
20 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Marina Silvia Parisi

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Ematologia GR												
Data	20-feb-24												
ID Cartella clinica	4279/24(30 /1/24)	37545/23(2 /1/24)	37545/23(5 /1/24)	37545/23(8 /1/24)	2940/24(21 /1/24)	2940/24(24 /1/24)	1821/24(17 /1/24)	1821/24(26 /1/24)	1821/24(27 /1/24)	3432/24(24 /1/24)	1953/24(22 /1/24)	1953/24(26 /1/24)	2947/24(30 /1/24)
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI

Data	20-feb-24													
ID Cartella clinica	4279/24(30 /1/24)	37545/23(2 /1/24)	37545/23(5 /1/24)	37545/23(8 /1/24)	2940/24(21 /1/24)	2940/24(24 /1/24)	1821/24(17 /1/24)	1821/24(26 /1/24)	1821/24(27 /1/24)	3432/24(24 /1/24)	1953/24(22 /1/24)	1953/24(26 /1/24)	2947/24(30 /1/24)	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	



Data	20-feb-24													
ID Cartella clinica	4279/24(30 /1/24)	37545/23(2 /1/24)	37545/23(5 /1/24)	37545/23(8 /1/24)	2940/24(21 /1/24)	2940/24(24 /1/24)	1821/24(17 /1/24)	1821/24(26 /1/24)	1821/24(27 /1/24)	3432/24(24 /1/24)	1953/24(22 /1/24)	1953/24(26 /1/24)	2947/24(30 /1/24)	
modulo riporta la data														
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	
TOTALE SI	30	30	30	30	30	29	28	28	28	0	30	28	29	350
TOTALE NO	0	0	0	0	0	1	2	2	2	30	0	2	1	40
SOMMA	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	390
%SI	100%	100%	100%	100%	100%	97%	93%	93%	93%	0%	100%	93%	97%	90%
%NO	0%	0%	0%	0%	0%	3%	7%	7%	7%	100%	0%	7%	3%	10%

<b>U.O. Medicina Generale GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Salvatore Signorelli
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr: D. Marchese
<b>DATA</b>
08 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Giuseppa Pappalardo
Dr.ssa Sabina Di Mari
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
1. dr.ssa Daniela Marchese

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Medicina generale									
Data	08-feb-24									
ID Cartella clinica	2304	2335	1129	1986						
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	si	si	si	si						
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	si	si	si	si						
Il modulo riporta la data di nascita del pz	si	si	si	si						
Il modulo riporta il sesso del pz	no	si	si	si						
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	no	si	no	si						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	si	si						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	si	si	no	no						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	si	si						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	si	si	no	no						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	si	si						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	si	si	no	no						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	no	no						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si						

ID Cartella clinica	2304	2335	1129	1986								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	no	no								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	si	si	si	si								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	si	si	no	no								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	si	si	si	no								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	si	si	no	si								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	si	si	si	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	si	si	no	NO								
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	si	si	si	si								
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	no	si	si	no								
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	si	si	si	no								
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	si	si	si	no								
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	si	si	si	si								
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	si	si	si	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	no	si	si	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	no	si	si	si								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	si	no	si	no								
<b>TOTALE SI</b>	25	29	21	15	0	0	0	0	0	0	0	90
<b>TOTALE NO</b>	5	1	9	15	0	0	0	0	0	0	0	30
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	120
<b>%SI</b>	83%	97%	70%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	75%
<b>%NO</b>	17%	3%	30%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%

<b>U.O. Medicina Interna GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Pietro Castellino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Prof. Roberto Catanzaro
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dott.ssa M.C.Grasso
<b>DATA</b>
16 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Teresa Corallo
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Alfredo Spataro

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Medicina Interna GR									
Data	16-feb-24									
<b>ID Cartella clinica</b>	41539/23	4454/24	4035							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	NO							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	NO							

Data	16-feb-24										
ID Cartella clinica	41539/23	4454/24	4035								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	NO	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	NO	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	NO	SI								
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI								
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	NO	SI								
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI								
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	NO									
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	NO									
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	NO	SI									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	NO	SI	SI								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	NO	NO								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	NO	SI	SI								
<b>TOTALE SI</b>	11	13	13	0	0	0	0	0	0	0	37
<b>TOTALE NO</b>	19	17	14	0	0	0	0	0	0	0	50
<b>SOMMA</b>	30	30	27	0	0	0	0	0	0	0	87
<b>%SI</b>	37%	43%	48%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	43%
<b>%NO</b>	63%	57%	52%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	57%

<b>U.O. Oncoematologia Pediatrica GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof.ssa Giovanna Russo
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Piera Samperi
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Luigi Coppola
<b>DATA</b>
20 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Luigi Coppola

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono registrati nella scheda di registrazione

<b>U.O. Oncologia GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Hector Soto Parra
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. Giuseppe Novello
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Maria Bonomo
<b>DATA</b>
20 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Salvatrice Santocono
Dr.ssa Adele Palmieri
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Maria Bonomo

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono registrati nella scheda di registrazione

<b>U.O. Pronto Soccorso GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giuseppe Carpinteri
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. C.Mazzaglia
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Adele Palmieri
<b>DATA</b>
22 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Catena Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.Raffaele Ferlito

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Pronto Soccorso GR												
Data	22-feb-24												
ID Cartella clinica	3447/24	3336/24	3276/24	3112/24	3166/24	2994							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	NO	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	NO	SI	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la	SI	SI	SI	SI	SI	NO							



Data	22-feb-24										
ID Cartella clinica	3447/24	3336/24	3276/24	3112/24	3166/24	2994					
firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente											
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI	SI	NO					
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	SI	NO	NO					
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	SI	NO	NO					
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO	SI	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	NO	NO					
<b>TOTALE SI</b>	28	29	29	29	27	23	0	0	0	0	165
<b>TOTALE NO</b>	2	1	1	1	3	7	0	0	0	0	15
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	180
<b>%SI</b>	93%	97%	97%	97%	90%	77%	0%	0%	0%	0%	92%
<b>%NO</b>	7%	3%	3%	3%	10%	23%	0%	0%	0%	0%	8%

<b>U.O. Pronto Soccorso GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giuseppe Carpinteri
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr. C.Mazzaglia
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Adele Palmieri
<b>DATA</b>
22 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Catena Arena
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.Raffaele Ferlito

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	Pronto Soccorso GR												
Data	22-feb-24												
ID Cartella clinica	3447/24	3336/24	3276/24	3112/24	3166/24	2994							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	NO	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	NO	SI	SI	SI	NO							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la	SI	SI	SI	SI	SI	NO							

Data	22-feb-24										
ID Cartella clinica	3447/24	3336/24	3276/24	3112/24	3166/24	2994					
firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente											
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI	SI	NO					
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	SI	NO	NO					
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	NO	SI	SI	SI	NO	NO					
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO	SI	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI	SI	SI					
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI	NO	NO					
<b>TOTALE SI</b>	28	29	29	29	27	23	0	0	0	0	165
<b>TOTALE NO</b>	2	1	1	1	3	7	0	0	0	0	15
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	30	30	0	0	0	0	180
<b>%SI</b>	93%	97%	97%	97%	90%	77%	0%	0%	0%	0%	92%
<b>%NO</b>	7%	3%	3%	3%	10%	23%	0%	0%	0%	0%	8%

<b>U.O.C. MCAU</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr. Giuseppe Carpinteri
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
<b>DATA</b>
16 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr.ssa Teresa Corallo
Dr.ssa Caterina Di Bartolo
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr.ssa Maria Tomaselli

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	MCAU GR									
Data	22-feb-24									
ID Cartella clinica	42102/23A	2576/24	2992/24	42102/23B						
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI	SI						
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	NO	NO	NO	NO						
Il modulo riporta la data di nascita del pz	NO	NO	NO	NO						
Il modulo riporta il sesso del pz	NO	NO	NO	NO						
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI						
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività	SI	SI	SI	SI						

Data	22-feb-24										
ID Cartella clinica	42102/23A	2576/24	2992/24	42102/23B							
<b>identificazione del ricevente</b>											
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	NO	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	NO	SI	SI	NO							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI							
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI	NO							
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	NO	SI	SI							
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	NO	SI							
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI	SI							
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	NO	SI							
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	NO	NO	SI							
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	SI	SI							
<b>TOTALE SI</b>	25	25	24	25	0	0	0	0	0	0	99
<b>TOTALE NO</b>	5	5	6	5	0	0	0	0	0	0	21
<b>SOMMA</b>	30	30	30	30	0	0	0	0	0	0	120
<b>%SI</b>	83%	83%	80%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	83%
<b>%NO</b>	17%	17%	20%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18%

<b>U.O. TMO GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Giuseppe Milone
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr.ssa Loredana Mascali
<b>DATA</b>
27 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Filippo La Paglia
Dr.ssa Salvatrice Santocono
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. L.Mascali

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	TMO GR									
Data	27-feb-24									
ID Cartella clinica	2290/2 4	4918/2 4	41840/2 3							
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI	SI							
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI							
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO							

Data	27-feb-24										
ID Cartella clinica	2290/2 4	4918/2 4	41840/2 3								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI	NO								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI	SI								
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI	SI								
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI	SI								
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI	NO								
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI	NO								
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI								
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI								
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI	SI								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI	SI								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	SI	SI	SI								
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	SI	NO								
<b>TOTALE SI</b>	30	30	24	0	0	0	0	0	0	0	84
<b>TOTALE NO</b>	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6
<b>SOMMA</b>	30	30	30	0	0	0	0	0	0	0	90
<b>%SI</b>	100%	100%	80%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	93%
<b>%NO</b>	0%	0%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%

<b>U.O. UTIC GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Prof. Corrado Tamburino
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
Dr.ssa Wanda Deste
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Antonino Trombetta
<b>DATA</b>
27 febbraio 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Filippo La Paglia
Dr.ssa Salvatrice Santocono
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Antonino Trombetta

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

Reparto	UTIC GR									
Data	27-feb-24									
ID Cartella clinica	1898/24	28485/2023								
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	SI	SI								
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	SI	SI								
Il modulo riporta la data di nascita del pz	SI	SI								
Il modulo riporta il sesso del pz	SI	SI								
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	NO	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	NO	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	NO	NO								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI								
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI								



Data	27-feb-24										
ID Cartella clinica	1898/24	28485/2023									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma del medico sull'attività identificazione del ricevente	SI	SI									
Prima della trasfusione il modulo riporta la firma di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	NO	SI									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	SI	SI									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	SI	SI									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	SI	SI									
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	SI	SI									
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	SI	SI									
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	SI	SI									
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	SI	SI									
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	SI	SI									
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	SI	SI									
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	SI	SI									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	SI	SI									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	NO	SI									
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	SI	NO									
<b>TOTALE SI</b>	22	27	0	0	0	0	0	0	0	0	49
<b>TOTALE NO</b>	8	3	0	0	0	0	0	0	0	0	11
<b>SOMMA</b>	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	60
<b>%SI</b>	73%	90%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	82%
<b>%NO</b>	27%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18%

<b>U.O. UTIN GR</b>
<b>DIRETTORE</b>
Dr.ssa Pasqua Betta
<b>REFERENTE PER LA QUALITA' E RISCHIO CLINICO</b>
<b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b>
Dr. Marco Di Bartolo
<b>DATA</b>
12 Marzo 2024
<b>AUDITOR</b>
Dr. Giuseppe Salamanca
Dr.ssa Maria Grazia Consoli
<b>PERSONALE CONTATTATO</b>
Dr. Marco Di Bartolo

## AUDIT CONTROLLI PRETRASFUSIONALI

I controlli pretrasfusionali non sono documentati nella scheda di registrazione

## Conclusioni

---



## **Risultanze dell'audit**

---

Sono stati valutati i controlli trasfusionali relativi a 166 trasfusioni suddivise in 43 UU.OO. Nell'U.O. di Pediatria del P.O. San Marco non sono state effettuate trasfusioni.

Dall'analisi dei risultati relativi alle modalità di gestione dei controlli trasfusionali emergono diverse criticità.

In particolare si segnala che nelle 9 UU.OO. sottoelencate su 43 UU.OO. i controlli trasfusionali non sono documentati nella scheda di registrazione (M\_PGS-2\_1):

- Anestesia e Rianimazione P.O. G. Rodolico;
- Chirurgia Vascolare P.O. G. Rodolico;
- Centro Trapianti P.O. G. Rodolico;
- Clinica Urologica P.O. G. Rodolico;
- Neonatologia e UTIN P.O. G. Rodolico;
- Oncoematologia pediatrica P.O. G. Rodolico;
- Oncologia P.O. G. Rodolico;
- Urologia P.O. San Marco;
- UTIN e Neonatologia P.O. San Marco.

Nelle restanti 34 UU.OO. che registrano i controlli trasfusionali si segnala che:

- in 7 delle 34 UU.OO. lo standard di gestione di tale attività è stato raggiunto;
- in 19 delle 34 UU.OO. lo standard di gestione di tale attività è stato spesso raggiunto;
- in 4 delle 34 UU.OO. lo standard di gestione di tale attività è stato parzialmente raggiunto;
- in 4 delle 34 UU.OO. lo standard di gestione di tale attività non è stato raggiunto;

Valutando la gestione dei controlli trasfusionali per requisito si segnala che:

- L'attività la cui registrazione è maggiormente carente è l'indicazione dell'ora di fine del periodo di osservazione alla fine della trasfusione, con il 63% di item positivi;
- L'attività per la quale è stata evidenziata maggiore aderenza allo standard è stata la registrazione dei parametri vitali prima della trasfusione, con l'85% di item positivi;

## Riepilogo P.O. San Marco

<b>N. Reparti</b>	19	<b>N. trasfusioni</b>	61
-------------------	----	-----------------------	----

Gestione dei controlli pretrasfusionali	n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	52	56	93%
Il modulo riporta la data di nascita del pz	52	56	93%
Il modulo riporta il sesso del pz	52	56	93%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	52	56	93%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	51	56	91%
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	51	56	91%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	50	56	89%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	50	56	89%
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	49	56	88%
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	49	56	88%
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	49	56	88%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	49	56	88%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	48	56	86%
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	52	61	85%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	47	56	84%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	47	56	84%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	47	56	84%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	46	56	82%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	46	56	82%
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	45	56	80%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	42	56	75%
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	41	56	73%
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	35	56	63%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	35	56	63%
<b>Totale</b>	<b>1.443</b>	<b>1.685</b>	<b>86%</b>

## Riepilogo P.O. Rodolico

<b>N. Reparti</b>	25	<b>N. trasfusioni</b>	105
-------------------	----	-----------------------	-----

Gestione dei controlli pretrasfusionali	n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	84	102	82%
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	84	108	78%
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	80	102	78%
Il modulo riporta la data di nascita del pz	80	102	78%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	80	102	78%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	79	102	77%
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	78	102	76%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	78	102	76%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	78	102	76%
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	78	102	76%
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	78	102	76%
Il modulo riporta il sesso del pz	77	102	75%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	77	102	75%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	77	102	75%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	76	102	75%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	75	102	74%
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	75	101	74%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	73	102	72%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	73	102	72%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	72	102	71%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	71	102	70%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	70	102	69%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	70	102	69%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	69	102	68%
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	69	101	68%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	68	102	67%
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	68	101	67%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	66	102	65%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	64	102	63%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	58	102	57%
<b>Totale</b>	<b>2.225</b>	<b>3.063</b>	<b>73%</b>

## Riepilogo Azienda

<b>N. Reparti</b>	44	<b>N. trasfusioni</b>	166
-------------------	----	-----------------------	-----

Gestione dei controlli pretrasfusionali	n. items positivi	n. item applicabili	% items positivi
Il modulo riporta parametri vitali prima della trasfusione	135	158	85%
Il modulo riporta il nome e cognome del pz	132	158	84%
Il modulo riporta la data di nascita del pz	132	158	84%
Il modulo riporta il sesso del pz	129	158	82%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	129	158	82%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	129	158	82%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	128	158	81%
Nella documentazione clinica del pz trasfuso è presente il modulo registrazione dei controlli pretrasfusionali	136	169	80%
Il modulo riporta i dati unità emocomponente da trasfondere	127	158	80%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	127	158	80%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la data	127	158	80%
Il modulo riporta l'ora inizio trasfusione	127	158	80%
Il modulo riporta i parametri vitali fine periodo di osservazione (15/20 minuti dopo l'inizio)	127	158	80%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma del medico	125	158	79%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di controllo della compatibilità immunologica teorica	123	158	78%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di verifica della presenza del consenso informato	124	158	78%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività identificazione del ricevente	123	158	78%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	121	158	77%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta l'ora	121	158	77%
Il modulo alla fine dei controlli pretrasfusionali riporta la firma di altro operatore	122	158	77%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la firma del medico	3555	4590	77%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	120	158	76%
Il modulo riporta la firma del medico alla fine periodo di osservazione	120	157	76%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività identificazione del ricevente	118	158	75%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check del medico sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	117	158	74%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta la data	117	158	74%
Prima della trasfusione il modulo riporta il check di altro operatore sull'attività di ispezione unità di emocomponenti	113	158	72%
Il modulo riporta la data alla fine periodo di osservazione	110	157	70%
Il modulo riporta l'ora alla fine periodo di osservazione	103	157	66%
Alla fine della trasfusione il modulo riporta ora fine periodo di osservazione	93	158	59%
<b>Totale</b>	<b>1.035</b>	<b>4.590</b>	<b>77%</b>



### Riepilogo per U.O.

PRESIDIO	U.O.	% ITEMS POSITIVI	RAGGIUNGIMENTO DEGLI STANDARD
G. Rodolico	Cardiochirurgia	100%	Raggiunto
G. Rodolico	Chirurgia generale 2	100%	Raggiunto
G. Rodolico	Clinica Ortopedica	100%	Raggiunto
G. Rodolico	Rianimazione CAST	100%	Raggiunto
San Marco	Chirurgia Vascolare	100%	Raggiunto
San Marco	Medicina Generale	100%	Raggiunto
San Marco	Dialisi	100%	Raggiunto
San Marco	Ortopedia	97%	Spesso raggiunto
San Marco	PS Ostetrico / Sala Parto	97%	Spesso raggiunto
San Marco	Anestesia / Rianimazione	93%	Spesso raggiunto
San Marco	MCAU	93%	Spesso raggiunto
San Marco	Patologia Ostetrica	93%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	TMO	93%	Spesso raggiunto
San Marco	Malattie infettive e tropicali	93%	Spesso raggiunto
San Marco	Chirurgia Generale 1	92%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	P.S. Generale	92%	Spesso raggiunto
San Marco	Chirurgia Maxillo-facciale	92%	Spesso raggiunto
San Marco	Nefrologia	91%	Spesso raggiunto
San Marco	Ostetricia e Ginecologia	90%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	Ematologia degenza Ematologia DH	90%	Spesso raggiunto
San Marco	Neurochirurgia	89%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	Chirurgia generale 3	89%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	MCAU	83%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	Ch. Pediatrica	82%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	UTIC	82%	Spesso raggiunto
San Marco	Cardiologia UTIC	80%	Spesso raggiunto
G. Rodolico	Cardiologia	78%	Parzialmente raggiunto
G. Rodolico	Medicina generale (prof. Signorelli)	75%	Parzialmente raggiunto
San Marco	Pronto Soccorso	74%	Parzialmente raggiunto
G. Rodolico	Pneumologia	74%	Parzialmente raggiunto
G. Rodolico	Ostetricia e ginecologia	56%	Non raggiunto
G. Rodolico	Chirurgia Toracica	48%	Non raggiunto
G. Rodolico	Medicina interna (prof. Castellino)	43%	Non raggiunto
G. Rodolico	Clinica Chirurgica	40%	Non raggiunto
G. Rodolico	UTIN /Neonatologia	0%	Non raggiunto
G. Rodolico	Ch. Vascolare Trapianti	0%	Non raggiunto
G. Rodolico	Clinica Urologica	0%	Non raggiunto
G. Rodolico	Oncoematologia pediatrica	0%	Non raggiunto
G. Rodolico	Oncologia	0%	Non raggiunto
G. Rodolico	Rianimazione	0%	Non raggiunto

PRESIDIO	U.O.	% ITEMS POSITIVI	RAGGIUNGIMENTO DEGLI STANDARD
San Marco	Urologia	0%	<b>Non raggiunto</b>
San Marco	UTIN e Neonatologia	0%	<b>Non raggiunto</b>
G. Rodolico	Centro Trapianti	0%	<b>Non raggiunto</b>
San Marco	Pediatria / Pronto Soccorso Pediatrico		<b>Non valutabile</b>

## Considerazioni finali

---

Il livello di raggiungimento degli standard è stato attribuito nel modo seguente:

**meno del 50% delle UU.OO.**  
**da 50% a 79% delle UU.OO.**  
da 80% a 99% delle UU.OO.  
100% delle UU.OO.

**non raggiunto**  
**parzialmente raggiunto**  
**spesso raggiunto**  
**raggiunto**

Esito	
N. UU.OO. con tutti gli item positivi	N. UU.OO.
7	43
<b>Non raggiunto</b>	<b>16%</b>

Data 28 marzo 2024