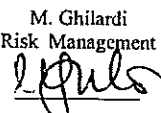
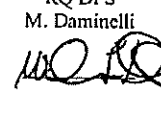

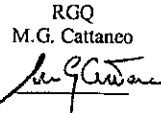
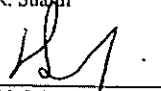
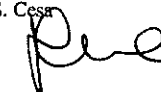
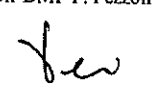
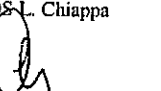




Procedura Specifica

La corretta identificazione del paziente

STATO DELLE REVISIONI

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica contenuti e conformità Norma UNI EN ISO 9001:2008	Approvazione
00	05/12/2011	Prima emissione	RU URM R. Suardi  URM M. Ghilardi*	RQ DPS M. Daminelli  RQ DMP G. Pagani  RGQ M.G. Cattaneo	DirDPS S. Cesa  DMP F. Pezzoli  DS L. Chiappa
01	01/12/2014	Aggiornamento della denominazione sociale dell'Azienda Ospedaliera  Aggiornamento Allegato 2 Tabella Indicatori	M. Ghilardi Risk Management 	RQ DPS M. Daminelli   RQ DMP S. Placidi   RGQ M.G. Cattaneo 	Risk Manager R. Suardi  Dir USC DPS S. Cesa  Dir DMP F. Pezzoli  DS L. Chiappa 

\*Per il gruppo di redazione: M. Casati, M.G. Cattaneo, M. Daminelli, Z. De Battisti, M. Magri, G. Pagani

---

## Indice

1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
2	RESPONSABILITA' .....	3
3	TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI .....	3
4	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' .....	4
4.1	IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE .....	4
4.2	INDICATORI .....	4
5	RIFERIMENTI .....	5
6	ALLEGATI .....	5

## 1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è ridurre le probabilità di accadimento di eventi indesiderati, derivanti da un'errata identificazione del paziente, mediante l'adozione di preventive misure di sicurezza (regole di comportamento e utilizzo di strumenti) basate, quando possibile, sull'identificazione attiva mediante la richiesta al paziente di nome, cognome, data di nascita e, ove previsto, sull'utilizzo del braccialetto identificativo.

La presente procedura di identificazione si applica a tutte le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali erogate ai pazienti all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

## 2 RESPONSABILITA'

- ✓ E' responsabilità della Direzione Medica di Presidio e della Direzione delle Professioni Sanitarie verificare l'applicazione della presente procedura e aggiornarla.
- ✓ E' responsabilità dei Direttori e dei Coordinatori delle U.S. verificare che la presente procedura venga applicata all'interno delle loro Unità di appartenenza integrando, se necessario, le istruzioni operative, le procedure specifiche o le prassi interne esistenti e segnalando eventuali proposte di miglioramento al presente documento all'Unità di Risk Management.
- ✓ E' in capo ad ogni Operatore Sanitario, nel momento in cui deve prestare la propria assistenza al paziente, la responsabilità della corretta identificazione del medesimo, attenendosi alla presente procedura secondo le modalità operative indicate.
- ✓ Il Gruppo di Redazione si impegna a svolgere audit interni, convocati dal Risk Manager, per monitorare la compliance alla procedura emessa. La frequenza sarà trimestrale per un anno dopo l'emissione della medesima e, successivamente, semestrale.

## 3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

DIR: Direttore

DirDPS: Dirigente della Direzione delle Professioni Sanitarie

DMP: Direzione Medica di Presidio

DPS: Direzione delle Professioni Sanitarie

DS: Direttore Sanitario

PSp: Procedura Specifica

RGQ: Responsabile Ufficio Gestione Qualità

RU URM: Responsabile Unità di Risk Management

USC: Unità di Struttura Complessa

#### 4 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

L'identità del paziente deve essere verificata al momento dell'ingresso nelle Unità Strutturali e prima dell'effettuazione di ogni procedura diagnostica, terapeutica, assistenziale.

##### 4.1 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Ad ogni accesso/prestazione sanitaria, l'Operatore Sanitario identifica il paziente in modo attivo chiedendo al medesimo, se collaborante, o a un familiare o persona di riferimento se non collaborante, nome, cognome e data di nascita, verificando la corrispondenza dei dati riferiti con quelli presenti nella documentazione di accompagnamento (verbale di Pronto Soccorso, impegnativa del medico curante, ecc.).

In caso di constatata impossibilità di collaborazione con il paziente, si potrà fare affidamento sul braccialetto identificativo.

E' vietata l'identificazione del paziente mediante numero di stanza, letto o reparto in quanto ritenuti inaffidabili dalla Letteratura.

In caso di ricovero

- Ordinario
- Day Hospital
- Day Surgery

va impiegato il braccialetto identificativo che andrà gestito secondo le procedure illustrate nell'allegato 01 alla presente procedura.

Per quanto attiene alle modalità di identificazione presso l'Unità Strutturale Complessa Centro EAS Pronto Soccorso - Dipartimento di Emergenza Urgenza di alta specializzazione si fa riferimento alla IO01PSpDPS/DMP04.

##### 4.2 INDICATORI

Si fa riferimento alla tabella allegata AII02PSpDPSDMP04

## 5 RIFERIMENTI

- Joint Commission International – Gli Standard Joint Commission International per l’Accreditamento degli Ospedali, Gennaio 2011
- Ministero della Salute Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO Marzo 2008
- Ministero della Salute Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura Marzo 2008

### RIFERIMENTI INTERNI

PSpDMP02 Gestione dei pazienti deceduti e pezzi anatomici riconoscibili, 01/04/2010, Direzione Medica di Presidio

IOPN36 Modalità di identificazione della coppia madre figlio, 01/03/2011, USC Patologia Neonatale

## 6 ALLEGATI

- All01PSpDPSDMP04 Modalità di gestione del braccialetto di identificazione
- All02PSpDPSDMP04 Tabella Indicatori