



TADDIA[®]
— group —

dal 1990 la Sicurezza del Risarcimento

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ (____)

IL ____/____/____

PROFESSIONE ALL' EPOCA DEI FATTI: _____ **ATTUALE:** _____

AGENZIA DI RIFERIMENTO:

INFORMAZIONI GENERICHE

MALATTIE PREGRESSE (CON INDICAZIONE DELL' ANNO DELLA DIAGNOSI):

.....
.....
.....

INTERVENTI CHIRURGICI PRECEDENTI (CON INDICAZIONE DELL' ANNO):

.....
.....

MEDICINE ASSUNTE SALTUARIAMENTE O CONTINUATIVAMENTE (DA QUANDO E FINO A QUANDO):

.....
.....
.....

MEDICINE CHE ASSUME ATTUALMENTE:

.....
.....
.....

RELATIVAMENTE ALLA VICENDA IN OGGETTO

DI COSA SI LAMENTA SPECIFICAMENTE (nota: che problemi sarebbero residui? Hanno da lamentare qualcosa nei comportamenti del personale sanitario? Scorrettezze nell' apposizione delle firme su consensi o su rifiuti di ricoveri o cure? Altro?):

.....
.....
.....
.....

EVENTUALI MEDICI INTERVENUTI SUCCESSIVAMENTE HANNO AFFERMATO CHE C' E' RESPONSABILITA' ?
(nota: nell' eventualità in cui a seguito dell'intervento o dell'assistenza contestati, all' origine dell'
eventuale responsabilità, si siano rivolti ad altri medici o ad altre strutture, questi si sono espressi in merito
alla rilevabilità di errori da parte dei colleghi intervenuti precedentemente? Hanno commentato
negativamente il loro operato?):

.....

.....

.....

.....

QUANDO SI E' PRESENTATO IL PROBLEMA CHE LI HA INDOTTI A RIVOLGERSI AL MEDICO O ALLA
STRUTTURA? (da quanto tempo lamentava malessere o sintomi?):

.....

.....

QUALI SONO I SINTOMI CHE LI HANNO INDOTTI A RIVOLGERSI AL MEDICO O ALLA STRUTTURA? (nota:
descrivere i sintomi connessi alla patologia che hanno indotto il paziente a rivolgersi al medico; intensità e
irradiazione, diminuivano assumendo qualche farmaco?):

.....

.....

.....

.....

SI E'PRESENTATO LENTAMENTE O IMPROVVISAMENTE? (nota: i sintomi connessi alla patologia erano
acuti, tanto da determinare un immediato ricorso a cure o si trattava di una sintomatologia che perdurava
da qualche giorno o settimane, mesi, anni?):

.....

.....

.....

.....

PER QUESTO PROBLEMA DI SALUTE ASSUMEVA GIA' MEDICINE (nota: se si tratta di una patologia già nota, era già in trattamento?):

.....

.....

.....

.....

PER QUESTO PROBLEMA DI SALUTE ERA GIA' SEGUITO DA QUALCHE MEDICO O PRESSO QUALCHE STRUTTURA? DA QUANTO TEMPO E DA CHI (nota: era seguito solo dal medico di base o era seguito da specialisti? in quest' ultimo caso, era seguito in regime di libera professione o presso struttura pubblica?):

.....

.....

.....

.....

ANALIZZANDO IL DIARIO CLINICO E LA CARTELLA IN GENERALE HANNO GIA' RILEVATO QUALCHE OMISSIONE O FALSA DICHIARAZIONE? QUALI?:

.....

.....

.....

.....

RICONOSCE LA FIRMA APPOSTA IN CALCE AL CONSENSO INFORMATO?:

☐ SÌ ☐ NO

.....

A CHE ORA E' STATO PORTATO IN SALA OPERATORIA? IL CONSENSO E' STATO FIRMATO LA SERA PRIMA O NELL' IMMEDIATEZZA DELL' INTERVENTO (nota: se possibile dire se gli è stato solo presentato un foglio, senza spiegazioni in merito, e chiesto di apporre una firma)?:

.....

.....

COME STA ADESSO? QUALI SONO LE PROBLEMATICHE CHE LAMENTA? COSA E' RESIDUATO DALL'EVENTUALE O PRESUNTO ERRORE MEDICO?

ELENCO NUMERATO DOCUMENTAZIONE SANITARIA (possibilmente in ordine cronologico dalla più vecchia alla più recente) (INDICARE DATA, SPECIFICARE SE TRATTASI DI CERTIFICATO, CARTELLA CLINICA, LETTERA DI DIMISSIONE, CERTIFICATO MEDICO, RX, TC, RMN, ECO, ESAMI DI LABORATORIO, INDICANDO CHI LO HA RILASCIATO – OSPEDALE DI ..., NOME MEDICO, STRUTTURA PRESSO CUI E' STATO ESEGUITO L' ESAME STRUMENTALE O GLI ESAMI DI LABORATORIO):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.