

	Direzione Sanitaria SEGNALAZIONE SPONTANEA DI EVENTI / QUASI EVENTI	Mod. 0009	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: Rischio Clinico	
		Rev. 01	del 16/01/2026

rischioclinico@ccbra.it

REPARTO: _____

DATA E ORA IN CUI SI E' VERIFICATO L'EVENTO: _____

QUALIFICA DI CHI SEGNALE L'EVENTO: _____

DESCRIZIONE EVENTO (che cosa è successo?):
