



**Clinica Salus**  
Policlinico di Monza  
Istituto ad Alta Specializzazione

# REGISTRO SEGNALAZIONI



**Policlinico di Monza**  
Gruppo Sanitario

<b>SEGNALAZIONE</b> N° _____	<b>DATA</b>	<b>ORA</b>	<b>NOME E COGNOME</b>	
<b>Indirizzo</b>				
<b>Telefono</b>			<b>e-mail</b>	
<b>Tipo di segnalazione:</b> <input type="checkbox"/> <b>VERBALE</b> <input type="checkbox"/> <b>SCRITTA</b> <input type="checkbox"/> <b>TELEFONICA</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b>				
<b>Descrizione dell'evento:</b>				
<b>Firma</b>				
<b>Ente o reparto responsabile del processo:</b>				
<b>Indagine:</b>				
<b>N.C.:</b> <input type="checkbox"/> <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>				
<b>Causa N.C.:</b>				
<b>Azione intrapresa:</b>		<b>Resp.</b>	<b>Entro il</b>	<b>Esito</b>
<b>Risposta al paziente:</b>				
<b>VERBALE</b>				
<b>SCRITTA</b>				
<b>Data chiusura</b>	<b>Responsabile</b>		<b>Esito</b>	