

# Από τον Έλεγχο και την Εξασφάλιση Ποιότητας στην Αναισθησία στην Συνεχή Βελτίωση της Ποιότητας στην Αναισθησία

Χ. Θ. ΣΚΟΥΡΤΗΣ, Δ. Ι. ΣΕΤΖΗΣ

Ενώ στον ελληνικό χώρο ο έλεγχος ποιότητας κάνει την εμφάνισή του σε διάφορους τομείς –με τελευταίο τον ιατρικό– δειλά-δειλά, το σκηνικό αλλάζει ραγδαία στον διεθνή ιατρικό ορίζοντα. Έχοντας υπ' όψη την ελληνική πραγματικότητα και ορμώνοντες από τη μικρή εμπειρία μας στην εξασφάλιση/έλεγχο ποιότητας (ΕΠ) στην αναισθησία, επιθυμούμε να επισημάνουμε την ανάγκη για καθιέρωση ενιαίου συστήματος ΕΠ στα νοσοκομεία της χώρας. Πιστεύουμε ότι η ΕΠ εξασφαλίζει, πέρα από την επιστημονική πληρότητα, ανθρώπινες συνθήκες νοσηλείας-θεραπείας των ασθενών και εργασίας των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι αναγκαίο, πριν από την επιβολή συστήματος ΕΠ εκ των άνω και των έξω (διοικητικός μηχανισμός, ΕΟΚ κλπ.) να καταβληθεί προσπάθεια από τον ιατρικό και νοσηλευτικό κόσμο της χώρας για πραγματοποίηση προγράμματος ΕΠ.

Στις επόμενες σελίδες παρατίθενται υποδείγματα εντύπων αναφοράς συμβαμάτων ενδονοσοκομειακά. Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, ο αναγνώστης καλείται να συγκρίνει το φύλλο ελέγχου ποιότητας του Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ» με όσα ακολουθούν και επιπλέον να επιχειρήσει να διαμορφώσει το δικό του φύλλο αναφοράς συμβαμάτων/ελέγχου ποιότητας. Δεν κρίθηκε σκόπιμη η μετάφραση των εντύπων κατά λεπτομερειακό τρόπο, μια και η γραφειοκρατική αντιγραφή των παρατιθέμενων υποδειγμάτων είναι κάτι που θα θέλαμε να αποφευχθεί.

Το έντυπο του Γενικού Νοσοκομείου Μασαχουσέτης (1 και 2) περιέχει στην πρώτη σελίδα χώρο για καταγραφή των στοιχείων του ασθενούς (1), του τόπου που έγινε το συμβάν (2), περιγραφή του τι συνέβη (3), παρουσία ή μη μαρτύρων (4), σύντομο ιστορικό και περιγραφή της προηγούμενης κατάστασης (5), αιτιολόγηση της παρουσίας στο νοσοκομείο (6), αγωγή μετά το συμβάμα (7), περαιτέρω παρακολούθηση (8). Αναφέρονται επίσης στα περιθώρια οι συμβατικοί περιορισμοί του εντύπου για πιθανή νομική χρήση. Στη δεύτερη σελίδα υπάρχει χώρος για εκτενέστερη (πιθανή) «μετασυμβαματική» παρακολούθηση.

Το έντυπο WRAMC 1811 είναι το φύλλο Ε.Π. του Υγειονομικού Σώματος των Αμερικανικών Ενόπλων Δυνάμεων. Όπως και τα δύο προηγούμενα είναι γενικής χρήσης, δηλαδή κατάλληλο για οποιοδήποτε τμήμα Γενικού Νοσοκομείου. Επίσης παραθέτουμε έντυπα Α, Β και Γ της παραπάνω υπηρεσίας όπου προξενεί κατάπληξη η προχειρότητα της εκτύπωσης.

Στο Α επιχειρείται μια ταχύτατη καταγραφή για καθαρά στατιστική χρήση κάθε εισαγόμενου ασθενούς, ενώ στο Β συμπληρώνονται όσα στοιχεία επί πλέον χαρακτηρίζουν την περίπτωση υποψηφία για Ε.Π. (κλινική ανάλυση του «συμβάματος», εκτίμηση και επακόλουθη ταξινόμηση σε αδρές γραμμές, 1 έως 5 – μη προβλέψιμο και προβλέψιμο, οριακή παρέκκλιση και σημαντική παρέκκλιση, με αντίστοιχη αντιμετώπιση εντός των υπάρχοντων προτύπων, και τελικά σύμβαμα ιδιάζον για το οποίο δεν έχουν καθιερωθεί πρότυπα αντιμετώπισης). Στο έντυπο Γ ακολουθούν οι οδηγίες για την συμπλήρωση των Α και Β. Οι παράγραφοι 1 έως 3 είναι γραφειοκρατικοί κανόνες, η 4η καθορίζει ότι η συμπλήρωση των Α και Β δεν απαλλάσσει από την υποχρέωση για συμπλήρωση και της WRAMC 1811, ενώ η 5η αναφέρεται ειδικά στις επιπλοκές και την κατάληξη σε θάνατο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζεται στο σημείο όπου τίθεται το ερώτημα εάν πρέπει να προωθηθεί η υπόθεση για περαιτέρω εξέταση-αναφορά [5b(8)].

Τα έντυπα Δ και Ε αναφέρονται συγκεκριμένα και μόνο σε αναισθησιολογικό τμήμα. Προέρχονται από την Μ. Βρετανία και παρουσιάστηκαν στο ετήσιο επιστημονικό αναισθησιολογικό συνέδριο στο Swansea (1989). Στο τέλος του Ε παρατηρούμε ότι γίνεται μια απόπειρα αξιολόγησης της βαρύτητας του «συμβάματος», υιοθετούνται 4 βαθμίδες. Στην 1 δεν χρειάστηκε παρέμβαση, στην 2 η κατάσταση ήταν δυνητικά επικίνδυνη αλλά αντιμετωπίστηκε με επιτυχία, στην 3 επήλθε βλάβη και στην 4 η βλάβη ήταν σοβαρότατη.

Το ειδικό έντυπο (2) αναφοράς «συμβαμάτων» του Αναισθησιολογικού τμήματος του Ιατρικού Κολλεγίου της Γεωργίας, ΗΠΑ, παρατίθεται μόνο για την ιδιαιτερότητα του χαρακτηρισμού του. Ονομάζεται (Φύλλο) «Δεδομένων Βελτίωσης της Ποιότητας». Προέρχεται από το βιβλίο του Terry Vitez «Quality Improvement Systems and Anesthesia» της σειράς International Anesthesia Clinics (Άνοιξη 1992) και με αυτό αντιλαμβανόμαστε ότι καταβάλλεται προσπάθεια να περάσουμε από την εποχή της Εξασφάλισης και του Ελέγχου Ποιότητας στην Αναισθησία στην εποχή της (Συνεχούς;) Βελτίωσης της Ποιότητας στην Αναισθησία. Δηλαδή η ακρωνυμική μεταβολή –κατά την προσφιλή αγγλοσαξονική συνήθεια– είναι από QA (ΕΠ) σε CQI (Continuous Quality Improvement - ΣΒΠ), ή απλώς QI (Quality Improvement, ΒΠ). Το Η δεν είναι κλασσικό έντυπο συμπλήρωσης ΕΠ, όπως

όλα όσα προηγήθηκαν. Προέρχεται από το παραπάνω βιβλίο του Vitez και το παραθέτουμε ως μια πρότυπη απόπειρα, κατά την άποψή μας επιτυχημένη, να εμφανισθεί πρακτικά η διαδικασία του ελέγχου ποιότητας σε μια και μόνη σελίδα. Διακρίνεται για την περιγραφική διατύπωση και την πληρότητά της. Ονομάζεται «ΕΝΤΥΠΟ ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΥΜΒΑΜΑΤΟΣ» και η πρώτη παράγραφος περιέχει τις οδηγίες συμπλήρωσης (X για τα αντίστοιχα τετραγωνίδια και κύκλος στα αντίστοιχα γράμματα και αριθμούς κατά περίπτωση). Η παρατιθέμενη «μήτρα» έχει: βαρύτητα του αναισθησιολογικού λάθους (απουσία – όχι σοβαρό – σοβαρό – πολύ σοβαρό) και το είδος του συμβάματος (Α–μηχανικό, Β–τεχνικό, C–κρίσης, D–επιφυλακής/ετοιμότητας, E–άλλο). Το Β και C φέρουν υποκατηγορίες με αρίθμηση. Ακολουθεί το είδος της αναισθησιολογικής φροντίδας (Management Category) και η εφαρμογή ή μη των «ελάχιστων προτύπων αγωγής» (Minimum Performance Standards). Εντύπωση προκαλεί η αναφορά στο σημείο 3 της κατηγορίας ASA, αν δηλαδή κατετάγη εξ αρχής ο ασθενής σε μία κατηγορία ή όχι. Επίσης στο σημείο 4 γίνεται μνεία της εφαρμογής των προτύπων που έχει θεσπίσει η NYSSA (η

Αναισθησιολογική Εταιρεία της Πολιτείας της Νέας Υόρκης, η αρχαιότερη ένωση αναισθησιολόγων στις Η.Π.Α.). Το τμήμα έκβασης στο έντυπο Η (● Outcome Category) είναι παρόμοιο με το αναφερόμενο στην αναφορά ελέγχου ποιότητας από το Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ.

Θα επιθυμούσαμε να θίξουμε, με την ευκαιρία της αναφοράς στο Η των προτύπων NYSSA, το μεγάλο θέμα των προτύπων (standards). Έχουμε στα χέρια μας τα πρότυπα αναισθησιολογικής πρακτικής όλων των μεγάλων οργανισμών (ASA, WFSA κλπ.) που ασχολούνται με το θέμα ασφάλειας στην αναισθησία. Συνειδητά δεν τα παραθέτουμε στο τεύχος αυτό των ΘΕΜΑΤΩΝ, με το σκεπτικό ότι στο παρελθόν υπήρξε μια βροχή εισηγήσεων, δημοσιεύσεων και μεταφράσεων κάθε είδους προτύπων στον ελληνικό αναισθησιολογικό χώρο με μηδενικό σχεδόν αποτέλεσμα. Επιπρόσθετα φαίνεται ότι ο καιρός των «προτύπων» παρέρχεται και έχει έλθει πλέον η εποχή των «κατευθυντήριων γραμμών» (guidelines). Περιμένουμε και την δική σας ανταπόκριση και έκφραση πάνω στα θέματα αυτά και επιφυλασσόμεθα στα επόμενα «ΘΕΜΑΤΑ».



INCIDENT FOLLOW-UP REPORT			
COMPLETE AND RETURN TO _____ BY _____			(DATE RECEIVED) _____ (DATE RETURNED) _____
<b>THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PERSON REQUESTING FOLLOW-UP</b>			
NAME OF PERSON RESPONSIBLE FOR FOLLOW-UP	TITLE	DEPARTMENT	TELEPHONE NO.
INCIDENT FOLLOW-UP REQUESTED BY	TELEPHONE NO.	NAME OF INSTITUTION	
TO WHOM INCIDENT OCCURRED	DATE OF INCIDENT	<input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> EMPLOYEE <input type="checkbox"/> OTHER _____	
FOLLOW-UP DESCRIPTION OF INCIDENT			
_____			
_____			
_____			
_____			
_____			
IF MEDICATION/I.V. INCIDENT, WAS DOSAGE/SOLUTION CHARTED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO DATE _____ TIME _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM			
REVIEW CIRCUMSTANCES SURROUNDING CONDITIONS OF THE AREA AT TIME OF INCIDENT:			
_____			
_____			
_____			
_____			
REVIEW CIRCUMSTANCES CONCERNING PERSONNEL CONDITIONS:			
_____			
_____			
_____			
RECOMMENDATIONS:			
_____			
_____			
_____			
STAFF INVOLVED IN FOLLOW-UP			
Name _____	Dept. _____	Title _____	Date _____
Name _____	Dept. _____	Title _____	Date _____
Name _____	Dept. _____	Title _____	Date _____
SIGNATURE OF PERSON CONDUCTING FOLLOW-UP _____			

**QUALITY ASSURANCE/RISK MANAGEMENT REPORT**  
(COMPLETE ONLY AFTER READING WRAMC REG 40-611)

**OCCURRENCE:** Any accident or event not consistent with normal patient care that either did, or could result in an injury to a patient.

DATE OF OCCURRENCE (2)	DAY OF WEEK (3)	HOUR OF OCCURRENCE (4)	LOCATION (5)	AGE (6)	INPAT <input type="checkbox"/> (7) VISITOR <input type="checkbox"/> (8) O/P <input type="checkbox"/> (9) STAFF <input type="checkbox"/> (9-1)	(1) PATIENT ID
---------------------------	--------------------	---------------------------	-----------------	------------	--	----------------

**DIAGNOSIS (ES):**  
(10)

TYPE OF OCCURRENCE (Explain Below)	PERSONS INVOLVED	OUTCOME/SEVERITY
<input type="checkbox"/> 11 Fall/Found on Floor	<input type="checkbox"/> 23 RN <input type="checkbox"/> 24 ANC	<input type="checkbox"/> 40 None
<input type="checkbox"/> 12 Medication Error <input type="checkbox"/> Omission <input type="checkbox"/> Wrong Drug <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 25 Pharmacist <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> Phar Tech	<input type="checkbox"/> 41 Possible Temporary Injury or Effect
<input type="checkbox"/> 15 Transfusion Error	<input type="checkbox"/> 27 LPN/91C <input type="checkbox"/> 28 Nsg Asst/91B	<input type="checkbox"/> 42 Possible Minor Injury or Effect
<input type="checkbox"/> 16 Equipment Malfunction	<input type="checkbox"/> 29 Physician <input type="checkbox"/> 30 MED Student	<input type="checkbox"/> 43 Possible Major Permanent Injury or Effect
<input type="checkbox"/> 17 I.V. Error	<input type="checkbox"/> 31 RT <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> OT	<input type="checkbox"/> 44 Death
<input type="checkbox"/> 18 Procedure or Practice Variance.	<input type="checkbox"/> 34 Nutritionist <input type="checkbox"/> 35 Admin	<input type="checkbox"/> 45 Not applicable
<input type="checkbox"/> 19 Complaint from Patient/Visitor	<input type="checkbox"/> 36 MRT <input type="checkbox"/> 37 HK	PHYSICIAN NOTIFIED? 46 NO <input type="checkbox"/> 47 YES <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20 Patient Inherent Incident	<input type="checkbox"/> 38 Visitor	DID MD SEE PATIENT? 48 NO <input type="checkbox"/> 49 YES <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21 AMA/Walk Out	<input type="checkbox"/> 39	X-RAYS 50 NO <input type="checkbox"/> 51 YES <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22 Other		
<input type="checkbox"/> 23-1 Adverse Drug Reaction		

**BRIEFLY DESCRIBE:**

Supervisor's Comment: (Optional)

Submitted by: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Print — Name/Rank/Title)

**CONCURRENT SCREENS (Explain Above)**

<input type="checkbox"/> ER/CLINICS	<input type="checkbox"/> 52 Any unplanned visit to ER/Clinic with inpatient d/c or ER/Clinic visit within the last 30 days	<input type="checkbox"/> INFECTION CONTROL	<input type="checkbox"/> 65 Severe post op or other nosocomial infection
	<input type="checkbox"/> 53 Return ER/CPD visit within 72 hours		<input type="checkbox"/> 66 Class I (clean) Surgical Wound Infection
	<input type="checkbox"/> 54 Treated for complication of procedure or tx accomplished while as an inpatient or during outpatient visit to any military MTF	<input type="checkbox"/> OR	<input type="checkbox"/> 67 Nosocomial Pneumonia
	<input type="checkbox"/> 55 Other _____		<input type="checkbox"/> 68 Nosocomial Sepsis (Bacteremia, Fungemia)
<input type="checkbox"/> NURSERY	<input type="checkbox"/> 56 Newborn with apparent cerebral dysfunction		<input type="checkbox"/> 69 Foreign body, possibly retained
	<input type="checkbox"/> 57 Newborn with Apgar of 6 or less		<input type="checkbox"/> 70 Return to OR, same admission
	<input type="checkbox"/> 58 Newborn with serious birth trauma		<input type="checkbox"/> 71 Removal or repair of organ or body part injury during therapeutic or diagnostic procedure
	<input type="checkbox"/> 59 Other _____		<input type="checkbox"/> 72 Removal or repair of organ or body part lacerated, perforated, torn or punctured subsequent to performance of an invasive procedure
<input type="checkbox"/> INPATIENT	<input type="checkbox"/> 60 Admission for possible adverse result ER/OPD		<input type="checkbox"/> 73 Suspected intraoperative MI
	<input type="checkbox"/> 61 Readmission with 30 days of d/c from any military MTF	<input type="checkbox"/> OTHER	<input type="checkbox"/> 74 Wrong procedure performed
	<input type="checkbox"/> 62 Transfer from general care to ICU		<input type="checkbox"/> 75 Other _____
	<input type="checkbox"/> 63 Neurological deficit not present on admission		<input type="checkbox"/> 76 Misadministration of radiation in diagnostic test/procedure
	<input type="checkbox"/> 64 Other		<input type="checkbox"/> 77 Cardiac/Respiratory Arrest
	<input type="checkbox"/> 64-1 Evidence of Decubiti		<input type="checkbox"/> 78 Cancellation of or repeat diagnostic procedure due to improper preparation/equipment or technician error
			<input type="checkbox"/> 79 Incomplete/lack of informed consent
			<input type="checkbox"/> 80 Lab/Pathology reports not available when needed or contradictory or abnormal but not addressed by physician
			<input type="checkbox"/> 81 Inappropriate entries to the medical record
			<input type="checkbox"/> 82 Inappropriately cancelled/delayed surgery
			<input type="checkbox"/> 83 Inappropriate delay in making an appointment for a patient
			<input type="checkbox"/> 84 Radiology reports not available when needed
			<input type="checkbox"/> 85 Delay in Obtaining Radiological Tests

Date Reviewed by QA/RM ADVGRP: \_\_\_\_\_

Analysis Requested: \_\_\_\_\_ Yes/No

Action Dept: \_\_\_\_\_ Trending/Analysis

Response Rec'd: (Date) \_\_\_\_\_

To PCAC: \_\_\_\_\_ Yes/No

Info Copy of Initial Report to \_\_\_\_\_

Info Copy of Report & Analysis to \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_  
Department Chief \_\_\_\_\_

WRAMC Form 1811 (Supersedes WRAMC 0300 - Feb 85)  
1 Nov 87

PAGE 1 OF 3

## INFATIENT OCCURRENCE SCREENING CHECKLIST

This form is to be completed for all inpatients. The form is incomplete unless the staff attending is noted by name. All positives are to be addressed on the reverse of this page unless designated no review.

Criteria * Generic Event (All departments)	YES	NO
2.04 (NR) Inappropriate delay in elevating treatment to inpatient.		
2.05 Admitted with complication of outpatient care.		
3.05 ICU transfer due to complication of treatment/procedure.		
4.01 (NR) Cardiopulmonary arrest, resuscitated, successful.		
4.02 Cardiopulmonary arrest, resuscitation unsuccessful (death).		
4.03 (NR) Cardiopulmonary arrest, not resuscitated (death) - DNR status.		
4.05 Renal failure.		
4.06 (NR) Neurosensory functional deficit, not present on admission.		
5.08 (NR) Pulmonary edema - iatrogenic etiology.		
6.03 (NR) Discharged AMA, AWOL or elopement.		
6.05 (NR) Cancelled procedure/surgery due to unavailable lab or x-ray data.		
6.06 (NR) Cancelled procedure/surgery due to clinical condition of patient.		
6.07 (NR) Cancelled surgery due to OR scheduling problems.		
7.04 Return to OR for correction of surgical or medical morbidity.		
8.05 Injury to organ/body part during invasive procedure.		
8.12 Adverse result of anesthesia.		
22.01 Unplanned readmission for related or same condition.		
22.02 Readmission for complication of previous inpatient care.		
24.02 (NR) Adverse drug reaction.		
25.01 (NR) Prolonged stay due to delay/inadequate discharge planning.		
25.02 (NR) Prolonged stay: Delay in diagnostic studies (specify):		
102.05 (NR) Current or past history of cancer.		
102.06 (NR) Currently receiving treatment for cancer.		

NR = No review required. Statistical data collection only - for departmental trending.

ADDRESSOGRAPH STAMP

-----  
 INTERN, RESIDENT OR FELLOW (DISCHARGING)

-----  
 STAFF ATTENDING AT TIME OF DISCHARGE

-----  
 DISCHARGING DATE

-----  
 DISCHARGING SVC

WRAMC FORM 8  
 1 Aug 89

CLINICAL ANALYSIS OF OCCURRENCE	
REVIEWING DEPARTMENT/SERVICE CHIEF/COMMITTEE CHAIRPERSON	
EVALUATION	
1. Unpredictable, met standard. 2. Predictable, met standard. 3. Marginal deviation, did not meet standard. 4. Significant deviation, did not meet standard. 5. Standard not established.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
REVIEWER: (NAME AND DEPARTMENT):	
SIGNATURE OF PCAC CHAIRPERSON	DATE
OCCURRENCE WARRANTS FURTHER REVIEW BY PCAC <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
ACTION TAKEN BY PCAC CHAIRPERSON OR COMMITTEE	
<input type="checkbox"/> NONE REQUIRED <input type="checkbox"/> YES (Explain)	
1. Unpredictable, met standard. 2. Predictable, met standard. 3. Marginal deviation, did not meet standard. 4. Significant deviation, did not meet standard. 5. Standard not established.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SIGNATURE OF PCAC CHAIRPERSON	DATE

B: Συνέχεια του Α.

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETING INFATIENT OCCURRENCE SCREENING CHECKLIST

1. This form must stay with the chart. It is routed to Patient Administration with the completed chart.
2. The front of this form is to be completed by the discharging physician. The name of the discharging staff attending shall be placed on the front of the form in the appropriate space along with the discharge date and service.
3. Reviewer shall insure that all positive occurrences, other than those marked no review (NR), have been addressed by item number and provide his/her assessment of these. The appropriate classification shall be checked with reviewer's signature and department.
4. Completion of this form does not negate submission of a WRAMC Form 1811.
5. Following are minimal comments required in complications and death (when review is required).
  - a. The following points should be covered in the review when the complication or death was expected:
    - (1) Specific diagnoses
    - (2) Timeliness of initial diagnosis, when appropriate
    - (3) Specific cause of complication or death
    - (4) Therapeutic modalities offered
    - (5) Statement that complication or demise occurred as anticipated due to nature of disease
  - b. The following points should be covered in the review when the complication or death was not expected:
    - (1) Specific diagnoses
    - (2) Timeliness of initial diagnosis, when appropriate
    - (3) Cause of complication or death
    - (4) Brief chronology of complication leading to condition or demise
    - (5) Were therapeutic interventions appropriate?
    - (6) Should additional therapies have been attempted and, if so, would death have been prevented?
    - (7) Is counseling of practitioner indicated and, if so, was it done?
    - (8) Should case be referred for further review?



**IN CONFIDENCE NOT TO BE INCLUDED IN PATIENT'S NOTES BLOOMSBURY ANAESTHETIC AUDIT**

Anaesthetic location code: [ ] Audit N°: [ ]

Date Of Procedure: [ ]

Emergency List<sup>1</sup>: [ ] Day Case? Y<sup>1</sup> [ ] N<sup>2</sup> [ ]

Day: Mon<sup>1</sup> [ ] Tue<sup>2</sup> [ ] Wed<sup>3</sup> [ ] Thu<sup>4</sup> [ ] Fri<sup>5</sup> [ ] Sat<sup>6</sup> [ ] Sun<sup>7</sup> [ ]

Time of Starting [ ] (24 hr)

Anaesthetists form-filler	I.d. Code	Hrs cont. duty	Primary Anaes	Supervisor
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Patient Date Of Birth: [ ]

Weight [ ] Kg White<sup>1</sup> [ ] Non-White<sup>2</sup> [ ]

Sex M<sup>1</sup> [ ] F<sup>2</sup> [ ] CEPOD: Emergency 1 [ ] Obstetric Scheduled 5 [ ] Urgent 2 [ ] Immediate 6 [ ] Scheduled 3 [ ] Elective 4 [ ]

ASA Grade [ ]

**Surgical Speciality**

Gen Surg 1 [ ]	ENT 7 [ ]	Dental/Oral 13 [ ]	Endoscopy 20 [ ]
Vascular 2 [ ]	Gynaecology 8 [ ]	Cardiac 14 [ ]	Haematology 21 [ ]
Paed. Surg 3 [ ]	Obstetric 9 [ ]	Thoracic 15 [ ]	Oncology 22 [ ]
Orthopaedic 4 [ ]	Plastic 10 [ ]	Neuro 16 [ ]	Radiotherapy 23 [ ]
Urology 5 [ ]	Burns 11 [ ]	Ophthalm. 17 [ ]	Pain 24 [ ]
Renal Trans. 6 [ ]	Max Fac 12 [ ]	A/E 18 [ ]	ECT 25 [ ]
		X-ray/Imaging 19 [ ]	Other* 26 [ ]

C<sup>1</sup> [ ] SR<sup>2</sup> [ ] C Ast<sup>3</sup> [ ] Reg<sup>4</sup> [ ] SHO<sup>5</sup> [ ] HO<sup>6</sup> [ ] Studt.<sup>7</sup> [ ] Anaes only<sup>8</sup> [ ] Other\*<sup>9</sup> [ ]

<sup>10</sup> Operator [ ] Supervisor [ ]

**Administrative Problems**

Pt not seen pre-theatre?	AA [ ]	Inadequate anaesth. seniority?	AF [ ]
List details / order incorrect?	AB [ ]	Full case notes not available?	AG [ ]
Trained assistant not avail?	AC [ ]	Premed not given as written?	AH [ ]
List delayed?	AD [ ]	Other*	AI [ ]
Results/xmatch unavailable?	AE [ ]		

**Special Survey** 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] 4 [ ] 5 [ ] 6 [ ] 7 [ ] 8 [ ] 9 [ ] 10 [ ] 11 [ ] 12 [ ] 13 [ ] 14 [ ] 15 [ ] 16 [ ] 17 [ ] 18 [ ] 19 [ ] 20 [ ] 21 [ ] 22 [ ] 23 [ ] 24 [ ] 25 [ ] 26 [ ] 27 [ ] 28 [ ] 29 [ ] 30 [ ] 31 [ ] 32 [ ] 33 [ ] 34 [ ] 35 [ ] 36 [ ] 37 [ ] 38 [ ] 39 [ ] 40 [ ] 41 [ ] 42 [ ] 43 [ ] 44 [ ] 45 [ ] 46 [ ] 47 [ ] 48 [ ] 49 [ ] 50 [ ]

\* Enter details in "further reporting" overleaf

**The Anaesthetic**

GA [ ] Region<sup>1</sup> [ ] GA and Reg<sup>3</sup> [ ] Other Procedure \*<sup>4</sup> [ ]  
 Epidural<sup>1</sup> [ ] Spinal<sup>2</sup> [ ] Caudal<sup>3</sup> [ ] Bier's<sup>4</sup> [ ] Nerve<sup>5</sup> [ ] Other\*<sup>6</sup> [ ]  
 Local<sup>1</sup> [ ] Opiate<sup>2</sup> [ ]  
 Intubated<sup>1</sup> [ ] Facemask<sup>2</sup> [ ] Lar mask<sup>3</sup> [ ] Trach<sup>4</sup> [ ] Other\*<sup>5</sup> [ ]  
 Spont resp<sup>1</sup> [ ] Ventilated<sup>2</sup> [ ] Other \*<sup>3</sup> [ ]

Fent<sup>1</sup> [ ] Alfent<sup>2</sup> [ ] Papav<sup>3</sup> [ ] Peth<sup>4</sup> [ ] Other\*<sup>5</sup> [ ]  
 Thio<sup>1</sup> [ ] Propofol<sup>2</sup> [ ] Methohex<sup>3</sup> [ ] Other<sup>4</sup> [ ]  
 Sux<sup>1</sup> [ ] Atrac<sup>2</sup> [ ] Vec<sup>3</sup> [ ] Panc<sup>4</sup> [ ] Curare<sup>5</sup> [ ] Other\*<sup>6</sup> [ ]

Halothane<sup>1</sup> [ ] Enflurane<sup>2</sup> [ ] Isoflurane<sup>3</sup> [ ]

**Monitoring**

ECG<sup>1</sup> [ ] Cuff BP<sup>2</sup> [ ] SpO<sub>2</sub><sup>3</sup> [ ]  
 EtCO<sub>2</sub><sup>4</sup> [ ] Pa/w<sup>5</sup> [ ] Vent Alarm<sup>6</sup> [ ]  
 Temp<sup>1</sup> [ ] ArBP<sup>2</sup> [ ] CVP<sup>3</sup> [ ] Wedge<sup>4</sup> [ ]  
 EEG<sup>1</sup> [ ] N/M<sup>2</sup> [ ] Inal<sup>3</sup> [ ] Other<sup>4</sup> [ ]

None [ ] Time of Finishing [ ]

**\*\* Adverse Events** None [ ]

enter score**		enter score**
Inadequate Preop	BA [ ]	Laryngospasm BT [ ]
Sedation	BB [ ]	Bronchospasm BU [ ]
Resuscitation	BC [ ]	Accidental one-lung intubation BV [ ]
Investigation	BD [ ]	Aspiration BW [ ]
<b>Local Anaesthetics</b>	BE [ ]	Other* BX [ ]
Dural Tap	BF [ ]	<b>Difficult Intubation</b>
Incomplete Block	BG [ ]	Successfully achieved BY [ ]
Excess Spread	BH [ ]	Assistance summoned BZ [ ]
Hypotension	BI [ ]	Abandoned* CA [ ]
Fitting	BJ [ ]	<b>Patient Injury</b>
Other*	BK [ ]	Eyes CB [ ]
<b>Cardiovascular</b>	BL [ ]	Teeth CC [ ]
Arrhythmia	BM [ ]	Diathermy burn CD [ ]
Myocardial ischaemia	BN [ ]	Other* CE [ ]
Haemorrhage	BO [ ]	<b>Prolonged recovery period</b>
Hypotension	BP [ ]	<b>Critical Incident</b>
Hypertension	BQ [ ]	Br. Circuit disconnect CG [ ]
Arrest	BR [ ]	I.V. disconnect CH [ ]
Other*	BS [ ]	Other Technical Failure* CI [ ]
<b>Atypical Drug Reaction</b>		Wrong Drug/Dose CJ [ ]
<b>Respiratory</b>		Regurgitation CK [ ]
Resp. Depression		Patient unattended *Reason CL [ ]
Inadequate Reversal		Death CM [ ]
		Unforeseen Admiss. ITU CN [ ]

**\*\* Adverse Event Severity Scores**

1 = No action required 2 = Potentially harmful to patient but successfully remedied  
 3 = Actual harm to patient 4 = Serious harm to patient

\*Details and Further Reporting : (Give box reference)

Δ και Ε: Το έντυπο αναφοράς συμβάματος σε αναισθησιολογικό τμήμα (Bloomsbury Audit Card). Για περισσότερες λεπτομέρειες στο κείμενο.

Department of Anesthesiology  
Quality Improvement Data  
Medical College of Georgia

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ QA# \_\_\_\_\_

**Events**

00 None  Other \_\_\_\_\_

<b>Airway</b> <input type="checkbox"/> 01 Multiple intubation attempts <input type="checkbox"/> 02 Failed intubation <input type="checkbox"/> 03 Reintubation <input type="checkbox"/> 04 Airway disconnect <input type="checkbox"/> 05 Oral trauma <input type="checkbox"/> 06 Laryngospasm <input type="checkbox"/> 07 Airway obstruction <input type="checkbox"/> 09 Other _____	<b>Drug/Blood</b> <input type="checkbox"/> 30 Drug administration <input type="checkbox"/> 31 _____ <input type="checkbox"/> 32 Blood administration <input type="checkbox"/> 33 _____ <input type="checkbox"/> 34 Too much drug <input type="checkbox"/> 36 Allergy <input type="checkbox"/> 39 Other _____	<b>Recovery</b> <input type="checkbox"/> 80 Reintubation <input type="checkbox"/> 81 Severe pain <input type="checkbox"/> 82 Prolonged stay <input type="checkbox"/> 84 Unplanned hospital admission <input type="checkbox"/> 86 Unplanned ICU admission <input type="checkbox"/> 89 Other _____
<b>Cardiac</b> <input type="checkbox"/> 10 Hypotension(>30%) <input type="checkbox"/> 11 Hypertension(>30%) <input type="checkbox"/> 12 Cardiac Arrest <input type="checkbox"/> 13 Ischemia <input type="checkbox"/> 14 Arrhythmia <input type="checkbox"/> 15 MI <input type="checkbox"/> 16 Death <input type="checkbox"/> 19 Other _____	<b>Regional</b> <input type="checkbox"/> 50 Long block <input type="checkbox"/> 51 Inadequate <input type="checkbox"/> 52 Toxic reaction <input type="checkbox"/> 53 Short block <input type="checkbox"/> 54 Total spinal <input type="checkbox"/> 55 Wet tap <input type="checkbox"/> 56 Dural headache <input type="checkbox"/> 57 >2 attempts at placement <input type="checkbox"/> 59 Other _____	<b>Machine</b> <input type="checkbox"/> 90 Anesthesia Machine <input type="checkbox"/> 91 Monitors <input type="checkbox"/> 92 Electrical <input type="checkbox"/> 93 Operator error <input type="checkbox"/> 94 Faulty equipment Property record number: _____ Serial number: _____
<b>Pulmonary</b> <input type="checkbox"/> 20 Aspiration <input type="checkbox"/> 21 Hypoxia <input type="checkbox"/> 22 Bronchospasm <input type="checkbox"/> 24 Pulmonary edema <input type="checkbox"/> 26 _____ <input type="checkbox"/> 29 Other _____	<b>Invasive Procedures</b> <input type="checkbox"/> 60 >2 attempts at A-line <input type="checkbox"/> 61 >2 attempts at CVP / PA <input type="checkbox"/> 62 Unable to place A-line <input type="checkbox"/> 63 Unable to place CVP / PA <input type="checkbox"/> 64 Pneumonia <input type="checkbox"/> 65 Arrhythmia <input type="checkbox"/> 66 Local bleeding <input type="checkbox"/> 69 Other _____	<b>Followup (check all appropriate)</b> <input type="checkbox"/> 1-Attending present in hospital <input type="checkbox"/> 2-Attending called for case <input type="checkbox"/> 3-Attending consulted about event <input type="checkbox"/> 4-Event treated prior to attending arrival <input type="checkbox"/> 5-Attending present during event <input type="checkbox"/> 6-Adequate teaching from attending about event <input type="checkbox"/> 7-Event documented in anesthesia record <input type="checkbox"/> 8-Event was anticipated

Description, cause, and treatment (corrective action for equipment) of event (be specific, use back if needed)

01  
02  
03  
04  
05  
06  
07  
08  
09  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
00

Z: Έντυπο χρησιμοποιούμενο από το Αναισθησιολογικό τμήμα του Ιατρικού Κολλεγίου της Γεωργίας, ΗΠΑ, για την αναφορά «συμβάματος» ΕΠ.

**INCIDENT ANALYSIS SUMMARY FORM**

Directions: Fill in the identifying information and circle whether or not the incident was related to anesthesia care. Place an "x" in the appropriate cell of the matrix describing nature of the incident and severity of the error. Circle letters and numbers indicating the genesis of the incident, the management category, the outcome category, and the minimum standards that apply.

Patient Name/ID: \_\_\_\_\_ Date of Incident: \_\_\_\_\_  
 ASA Status: \_\_\_\_\_ Anesthesiologist's Name or Code Number: \_\_\_\_\_  
 Reported Incident: \_\_\_\_\_

Related to Anesthesia? **Yes/Probably/No** (If "Yes" or "Probably", continue)

**Nature and Genesis of the Incident**

Severity of anesthesia error:	Incident				
	A	B	C	D	E
No error					
Not serious					
Serious					
Very serious					

**Management Category**

- a. Airway
- b. Neuromuscular blockade
- c. Fluid/blood management
- d. Other respiratory
- e. Other circulatory
- f. Regional anesthesia
- g. Other: \_\_\_\_\_

**Minimum Performance Standards**

- 1. The anesthesiologist instituted appropriate life-sustaining actions in life-threatening situations.
- 2. The anesthesiologist displayed insight when involved in significant error.
- 3. The anesthesiologist recorded an ASA physical status for the patient.
- 4. The anesthesiologist adhered to all of the NYSSA Standards of Anesthesia Care.

**Outcome Category**

- A No change in patient's hospital course
- Escalation of Care**
- B Additional unexpected care
- C Prolonged hospitalization with or without additional unexpected care
- D Prolonged hospitalization associated with significant increase in level of care or risk to patient
- Reversible Organ Damage**
- E Reversible organ damage requiring additional drugs, tests, or care
- F Reversible organ damage involving prolonged hospitalization with or without additional care
- G Reversible organ damage involving prolonged hospitalization with significant increased level of care or risk to patient
- Irreversible Organ Damage**
- H Irreversible damage that does not significantly affect the individual's function
- I Irreversible damage that causes significant change in the individual's function
- J Irreversible damage that incapacitates the individual or places the individual's life at risk
- K Death

H: Βλέπε επεξήγηση στο κείμενο.