



SETOR DA OCORRÊNCIA:

NOTIFICADOR:

DATA DA NOTIFICAÇÃO:

DATA DO EVENTO ADVERSO/INCIDENTE:

1 - INCIDENTE / EVENTO ADVERSO OCORRIDO COM O PACIENTE DEVIDO A:

- () Queda
() Falha da identificação do paciente
() Broncoaspiração
() **Falha / erro de medicação - circule:**
prescrição, dispensação, ou administração?
() Erro/falha em cirurgia
() Lesão de pele relacionada a adesivos hospitalares
() Dermate associada à incontinência (DAI)
() Saída inadvertida/acidental de cateter Venoso Central.
() Complicação no acesso venoso periférico.
() Flebite:
química () mecânica () infecciosa ()
grau I () grau II () grau III () grau IV ()

- () Saída acidental de dreno
() Saída acidental de sonda nasointestinal/gástrica
() Acidente com animal peçonhento
() Extubação acidental
() Impregnação neuroléptica
() Lesão por contenção física
() Fuga de paciente
() Óbito por demora no atendimento
() Perda da amostra biológica insubstituível
() Troca de bolsa de sangue (paciente errado)
() Falha equipamento hospitalar – Tecnovigilância.
() Defeito qualidade medicação - farmacovigilância.
() OUTRO:

2 - PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E/OU TECNOVIGILÂNCIA

OBS: Colar etiqueta ou preencher: Digitalizar um imagem (Foto) do defeito para enviar por EDOC S/N

Se defeito/falha com medicamento

Se defeito/falha com equipamento hospitalar

Nome do produto: _____

Equipamento: _____

Marca do fabricante: _____

Número de série: _____

Lote: _____

Data manutenção preventiva: _____

Validade: _____

Número de patrimônio: _____

3 - Não conformidade encontrada:

4 - Nome do paciente:

Data de nascimento:

Nº Prontuário:

Nº Atendimento:

Enfermaria/leito:

DESCRIÇÃO DO EVENTO (O que aconteceu com o paciente, data, horários, envolvidos...)

