

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome/Nome Social _____ Data de Nascimento: ___/___/___
Nome da mãe: _____ Prontuário: _____
Setor da ocorrência: _____ Data da ocorrência: ___/___/___
Data da Notificação: ___/___/___ Enfermaria/Leito: _____

2 – INCIDENTE / EVENTO ADVERSO OCORRIDO COM O PACIENTE DEVIDO A:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Queda | <input type="radio"/> Lesão por contenção mecânica |
| <input type="radio"/> Falha da identificação do paciente | <input type="radio"/> Evasão de paciente |
| <input type="radio"/> Broncoaspiração | <input type="radio"/> Perda de amostra biológica. Especifique
_____ |
| <input type="radio"/> Falha de medicação relacionado à rotulagem/
prescrição/diluição/dispensação/administração | <input type="radio"/> Incidentes com hemoderivados. Especifique
_____ |
| <input type="radio"/> Erro/falha em procedimento cirúrgico | <input type="radio"/> Lesão por pressão. Informe o local e estágio I-II-III-IV-
não classificável. _____ |
| <input type="radio"/> Lesão de pele relacionada à dispositivos médicos.
Especifique qual dispositivo _____ | <input type="radio"/> Lesão tissular profunda. Local _____ |
| <input type="radio"/> Dermatite associada à incontinência (DAI) | <input type="radio"/> Falha de equipamento hospitalar: Tecnovigilância.
Especifique no item 3 . |
| <input type="radio"/> Perda acidental de dispositivos. Especifique
_____ | <input type="radio"/> Defeito da qualidade medicação: Farmacovigilância
Especifique no item 3 . |
| <input type="radio"/> Incidente no acesso venoso periférico. | <input type="radio"/> OUTRO: _____ |
| <input type="radio"/> Flebite. Especifique | _____ |
| <input type="radio"/> Química <input type="radio"/> Mecânica <input type="radio"/> infecciosa | _____ |
| Grau: <input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV | _____ |
| <input type="radio"/> Saída acidental de sonda nasoenteral/gástrica | _____ |
| <input type="radio"/> Extubação acidental | _____ |
| <input type="radio"/> Reação adversa com medicamentos. Especifique
_____ | _____ |

3 – 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

Nome do produto: _____
Marca do fabricante: _____
Lote: _____
Validade: _____

Se defeito/falha com equipamento hospitalar

Equipamento: _____
Número de série: _____
Data manutenção preventiva: _____
Número de patrimônio: _____

4 – NÃO CONFORMIDADE ENCONTRADA

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

6 – AÇÕES IMEDIATAS REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS PARA ATENDER O PACIENTE

6 – AÇÕES REALIZADAS PELA EQUIPE PARA EVITAR QUE ACONTEÇA NOVAMENTE

7 – SUGESTÕES DE MELHORIA

8 – POSSÍVEIS CAUSAS

- Falta de conhecimento (não sabe o que fazer)
- Não cumprimento de Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras ou aplica incorretamente)
- Falta de dados (informação insuficiente ou parciais / falha de comunicação)
- Especificações insuficientes (processo não definido claramente)
- Ações automáticas (o processo é familiar e age sem pensar na ação)
- Distração Esquecimento Outros. Quais? _____



Este documento pode ser encontrado na pasta:
S:\PÚBLICO - MIGRAÇÃO DA PASTA\Documentos Institucionais.
NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE/DEPQI.
Ramal 2929