

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE

SETOR:		DATA DA NOTIFICAÇÃO:	
NOME DO PACIENTE:			
NOTIFICADO POR:			
Relação de Incidentes / Eventos Adversos			
<input type="checkbox"/> Agressão ao colaborador/cliente	<input type="checkbox"/> Flebite	<input type="checkbox"/> Agressão ao patrimônio	<input type="checkbox"/> Impregnação neuroléptica
<input type="checkbox"/> Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Perda/extravio de prontuário	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Queda
<input type="checkbox"/> Contenção física	<input type="checkbox"/> Queimadura por exposição solar	<input type="checkbox"/> Entrega e/ou uso de substâncias ilícitas na unidade	<input type="checkbox"/> Reinternação na UTI < 24h
<input type="checkbox"/> Erro de dispensação/Prescrição de medicação	<input type="checkbox"/> Remoção não programada de CVC/PICC	<input type="checkbox"/> Evasão de paciente	<input type="checkbox"/> Remoção não programada de dreno
<input type="checkbox"/> Evidência de pragas	<input type="checkbox"/> Remoção não programada de SNGE	<input type="checkbox"/> Extubação acidental	<input type="checkbox"/> Tecnovigilância (mat. médico hospitalar/equipamentos)*
<input type="checkbox"/> Falta de material médico-hospitalar/medicamentos	<input type="checkbox"/> Lesão por pressão	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância (medicamentos e saneantes)*	<input type="checkbox"/> Outros. Qual(is): _____
Preencher em caso de Farmacovigilância e Tecnovigilância (anexar o produto ao formulário)			
Colar etiqueta ou preencher:		Nome do produto:	
Nome do paciente:		Marca do fabricante:	
Nº do prontuário:		Lote:	
Não conformidade encontrada:		Validade:	
Relação de Eventos Sentinela			
<input type="checkbox"/> Administração de medicação trocada	<input type="checkbox"/> Óbito em contenção física	<input type="checkbox"/> Administração de medicamento em dose/via inadequada	<input type="checkbox"/> Óbito por demora no atendimento/procedimento
<input type="checkbox"/> Dano por uso inadequado de equipamento	<input type="checkbox"/> Perda de amostra biológica insubstituível	<input type="checkbox"/> Erro cirúrgico. Qual: _____	<input type="checkbox"/> Sequelas após período de contenção física
<input type="checkbox"/> Fuga de paciente	<input type="checkbox"/> Suicídio em paciente internado	<input type="checkbox"/> Homicídio causado por paciente ou pessoa estranha	<input type="checkbox"/> Troca de bolsa de sangue (paciente errado)
<input type="checkbox"/> Invasão na instituição por pessoa não autorizada	<input type="checkbox"/> Outros. Qual(is): _____	<input type="checkbox"/> Não administração de medicação prescrita	
Descrição do Evento			

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE

Ações Imediatas	
Sugestões de Melhoria	
Possíveis Causas	
<input type="checkbox"/> Falta de conhecimento (não sabe o que fazer)	
<input type="checkbox"/> Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras ou as aplica incorretamente)	
<input type="checkbox"/> Falta de dados (informação insuficiente ou parciais/falhas de comunicação)	
<input type="checkbox"/> Ações automáticas (processo precisa ser revisto para averiguar novas variáveis)	
<input type="checkbox"/> Distração	
<input type="checkbox"/> Esquecimento	
<input type="checkbox"/> Outros. Qual(is): _____	
Grau do Evento	
<input type="checkbox"/> Atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente e resultou em óbito	
<input type="checkbox"/> Atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente causando dano permanente	
<input type="checkbox"/> Lesão temporária do profissional de saúde, do cliente ou paciente	
<input type="checkbox"/> Ocorrência que não atingiu o profissional de saúde, o cliente ou paciente	
Análise do Evento	
<input type="checkbox"/> Evento adverso	
<input type="checkbox"/> Não conformidade de processo (não relacionado à assistência)	
<input type="checkbox"/> Evento sentinela	
Ações Corretivas/Preventivas	
Ação 1:	
Prazo:	Setor:
Responsável:	Data de Conclusão:
Ação 2:	
Prazo:	Setor:
Responsável:	Data de Conclusão:
Ação 3:	
Prazo:	Setor:
Responsável:	Data de Conclusão:

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO / INCIDENTE

Preenchimento Pelo Setor de Qualidade e Segurança do Paciente	
Data do Recebimento:	
Análise da Causa	
Por quê?	
Por quê?	
Por quê?	
Por quê?	
Por quê?	
Conceitos	
Evento adverso: Incidente ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde (ANVISA, 2016). Complicação, incidente, iatrogenia, erro médico. Os eventos adversos, com ou sem danos, podem ser devido a fatores humanos, fatores organizacionais ou a fatores técnicos (ANVISA, 2016).	
Evento Sentinela: Qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes externos e internos da Organização da Prestadora de Serviços de Saúde. A ocorrência de um evento-sentinela interpreta-se como um sinal de que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhoria, e, conseqüentemente, estruturas e processos assistenciais estejam causando ou aumentando o risco de dano aos clientes (ONA, 2012).	
Não Conformidade: Não conformidades é o não atendimento de um requisito pré-estabelecido. Esses requisitos podem variar entre fatores externos (Como as normas ISO ou os produtos fornecidos por um fornecedor) e fatores internos (Como os processos e procedimentos da empresa). (ISO 9000:2015).	