



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES/EVENTOS ADVERSOS

SETOR DA OCORRÊNCIA:	
NOTIFICADOR:	
DATA DA NOTIFICAÇÃO:	DATA DO EVENTO ADVERSO/INCIDENTE:
1 - INCIDENTE / EVENTO ADVERSO OCORRIDO COM O PACIENTE DEVIDO A:	
<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Falha da identificação do paciente <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Falha / erro de medicação - circule: prescrição, dispensação, ou administração? <input type="checkbox"/> Erro/falha em cirurgia <input type="checkbox"/> Lesão de pele relacionada a adesivos hospitalares <input type="checkbox"/> Dermatite associada à incontinência (DAI) <input type="checkbox"/> Saída inadvertida/acidental de cateter Venoso Central. <input type="checkbox"/> Complicação no acesso venoso periférico. <input type="checkbox"/> Flebite: química () mecânica () infecciosa () grau I () grau II () grau III () grau IV ()	<input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Saída acidental de dreno <input type="checkbox"/> Saída acidental de sonda nasointestinal/gástrica <input type="checkbox"/> Acidente com animal peçonhento <input type="checkbox"/> Extubação acidental <input type="checkbox"/> Impregnação neuroléptica <input type="checkbox"/> Lesão por contenção física <input type="checkbox"/> Fuga de paciente <input type="checkbox"/> Óbito por demora no atendimento <input type="checkbox"/> Perda da amostra biológica insubstituível <input type="checkbox"/> Troca de bolsa de sangue (paciente errado) <input type="checkbox"/> Falha equipamento hospitalar – Tecnovigilância. <input type="checkbox"/> Defeito qualidade medicação - farmacovigilância. <input type="checkbox"/> 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 Nome do produto: _____ Marca do fabricante: _____ Lote: _____ Validade: _____	Se defeito/falha com equipamento hospitalar Equipamento: _____ Número de série: _____ Data manutenção preventiva: _____ 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...)	