Ações imediatas realizadas pelos profissionais para atender o paciente		
Ações realizadas pela equipe para evitar que aconteça novamente		
Sugestões de melhoria		
	Π	
	_	
POSSÍVEIS CAUSAS		
[ ]Falta de Conhecimento (não sabe o que fazer) [ ]Regras (sabe o que fazer, mas não aplica as regras, ou as aplica incorretamente) [ ]Falta de Dados (informação insuficiente ou parciais/falhas de comunicação) [ ]Especificações Insuficientes (processo não claramente definido) [ ]Ações Automáticas (processo precisa ser revisto para averiguar novas variáveis) [ ]Distração [ ]Esquecimento [ ]Outros. Qual?		



## 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:			
	( ) Lesão por pressão		
( ) Queda	( ) Saída acidental de dreno		
( ) Falha da identificação do paciente	( ) Saída acidental de sonda nasoenteral/gástrica		
( ) Broncoaspiração	( ) Acidente com animal peçonhento		
( ) Falha / erro de medicação - circule:	( ) Extubação acidental		
prescrição, dispensação, ou administração?	( ) Impregnação neuroléptica		
( ) Erro/falha em cirurgia	( ) Lesão por contenção física		
( ) Lesão de pele relacionada a adesivos	( ) Fuga de paciente		
hospitalares	( ) Óbito por demora no atendimento		
( ) Dermatite associada à incontinência (DAI)	( ) Perda da amostra biológica insubstituível		
( ) Saída inadvertida/acidental de cateter Venoso	( ) Troca de bolsa de sangue (paciente errado)		
Central.	( ) Falha equipamento hospitalar – Tecnovigilância.		
( ) Complicação no acesso venoso periférico.	( ) Defeito qualidade medicação - farmacovigiância.		
( ) Flebite:	( ) OUTRO:		
química ( ) mecânica ( ) infecciosa ( )			
grau I() grau II() grau III()grau IV()			
2 - PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E/OU TECNOVIGILÂNCIA			
OBS: Colar etiqueta ou preencher: Digitalizar um Se defeito/falha com medicamento	imagem (Foto) do defeito para enviar por EDOC S/N		
Se deletto/fama 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)			



