



NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS – NQSP/HRG

Este formulário é sigiloso e não tem caráter punitivo.

NOTIFICAÇÃO

SETOR NOTIFICANTE:	SETOR NOTIFICADO:
DATA E HORA DO EVENTO:	DATA E HORA DA NOTIFICAÇÃO:
NOME COMPLETO DO PACIENTE:	
Nº DA SES:	DATA DE NASCIMENTO:

SERVIDORES ENVOLVIDOS/ NOTIFICANTE:

EVENTO

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> BONCOASPIRAÇÃO | <input type="checkbox"/> FLEBITE | <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO NA UTI < 24 H |
| <input type="checkbox"/> PERDA DE SNE OU SNG | <input type="checkbox"/> QUEDA | <input type="checkbox"/> PERDA DE SVD |
| <input type="checkbox"/> EXTUBAÇÃO ACIDENTAL | <input type="checkbox"/> REAÇÕES TRANSFUSIONAIS | <input type="checkbox"/> PERDA DE AVC |
| <input type="checkbox"/> ICS | <input type="checkbox"/> LESÃO POR PRESSÃO | <input type="checkbox"/> ERRO DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE |
| <input type="checkbox"/> FALHA DE COMUNICAÇÃO | <input type="checkbox"/> ERRO DE MEDICAÇÃO | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO |
| <input type="checkbox"/> REAÇÕES MEDICAMENTOSAS | <input type="checkbox"/> INFECÇÕES DE TRATO URINÁRIO | <input type="checkbox"/> PERDA DE DISPOSITIVO INVASIVO |
| <input type="checkbox"/> PERDA DE MATERIAL BIOLÓGICO | <input type="checkbox"/> TECNOVIGILÂNCIA | |
| <input type="checkbox"/> FALHAS NO CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA | <input type="checkbox"/> FALHA NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS | |
| <input type="checkbox"/> COMPLICAÇÕES ANESTÉSICAS | <input type="checkbox"/> ÓBITO < 24 H DE INTERNAÇÃO | |
| <input type="checkbox"/> FALHA NO ISOLAMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS: | | |

CLASSIFICAÇÃO

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> SEM DANO | <input type="checkbox"/> DANO LEVE | <input type="checkbox"/> DANO MODERADO | <input type="checkbox"/> DANO GRAVE |
| <input type="checkbox"/> EVENTO COMUNITÁRIO | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO | <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> NÃO CONFORMIDADE |
| <input type="checkbox"/> QUASE ERRO | <input type="checkbox"/> PROBLEMA IDENTIFICADO: | | |

DESCRIÇÃO DO EVENTO

--

AÇÃO CORRETIVA IMEDIATA

--

AÇÃO DO SUPERVISOR/CHEFE

--

CASO QUEIRA RETORNO DAS AÇÕES TOMADAS PELO NQSP, IDENTIFIQUE E-MAIL OU TELEFONE

--

E-mail: qualidade.segurancadopaciente@gmail.com