

NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - NQSP

HOSPITAL REGIONAL DO GAMA – HRG

Esse formulário é sigiloso e não tem caráter punitivo.

NOTIFICAÇÃO

SETOR NOTIFICAN	SETOR NOTIFICADO*:										
NOME COMPLETO	DO PACIENTE*:			-							
() HOMEM () MULHER				COR/RAÇA: IDADE:							
DATA DE NASCIMENTO*:				№ DA SES*:							
DATA DE INTERNAÇÃO*:				DIAGNÓSTICO:							
DATA DO EVENTO	*:		HORA DO EVENTO*:								
SERVIDOR (a) NOTIFICANTE (OPCIONAL):											
*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO											
			EVE	NTO							
() Acidentes do pa	() Acidentes do paciente		() Broncoaspiração		() Evasão do paciente						
() Extubação endo	() Extubação endotraqueal		() Falhas durante a assistência a		() Falhas nas atividades						
acidental		saúde		administrativas							
() Falha durante p	procedimento	() Falha na administração de dietas		istração de dietas	() Falha na identificação do paciente						
cirúrgico											
() Falha na documentação () Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia											
	ndo cateter venoso (Flebite, pneu	ımotóra	ax, hematoma durai	nte tentat	iva de pas	sagem de cateter,				
extravasamento e		1			T						
() Falhas envolve	() Falha na administração de O2 ou			() Falhas no cuidado / Proteção do							
acidental e obstrução)		gases medicinais			paciente						
() Falhas assistên	() Queda			() Queimaduras							
	smo venoso (TEV)	() Outros		/ \ F:1/:: A / \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \							
() LP (lessão por	() Estágio 1	() Estágio 2		() Estágio 3	() Estág	(10 4	() Não classificável				
pressão)	() Lesão tissular p	rofunda	()] (esão relacionada a	1	\					
	() Lesao tissulai p	-) Lesão em membranas nucosas				
	dispositivos medicos		mucosas								
Ocorrência	() Reações adversa	as ou () Ausé	ência ou redução do efeito		() Uso	() Uso abusivo				
envolvendo	nocivas esperado										
medicações:	() Uso com finalidade diferente do indicado na bula (off label) () Intoxicação										
		•		prescrição, prepara		-	-				
	administração e mo	onitoramento	dos m	edicamentos) interd	ceptados	ou ocorrid	OS				
		DESC	CRICÃO	DO EVENTO							
			J								
			-								

		GRAU DO DANO			
() NENHUM	() LEVE	() MODERADO	() GRAVE	() ÓBITO	
	~	,			
	AÇOES IMEDI	ATAS NO SETOR APÓS O	EVENTO ADVERSO		
QUEM DETECTOU O IN	ICIDENTE/EVENTO AD	OVERSO (OPCIONAL):			
QUAIS AÇÕES DE MELI	HORIA IMEDIATAS:				
	ANÁLISE	IMEDIATA DO EVENTO	(SUPERVISOR)		

EXISTE RELATO DO QUADRO CLÍNICO? () SIM ()

NÃO EXISTE RELATO DO EVENTO ADVERSO? () SIM () NÃO

EXISTE RELATO APÓS A OCORRÊNCIA DO EVENTO ADVERSO? () SIM () NÃO

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

 $\textbf{E-mail:}\ qualidade.segurancadopaciente@gmail.com$

Telefone institucional NQSP: (61) 99182-5375

Ramal: 5274