




**GRAU DO DANO**

<input type="checkbox"/> NENHUM	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> ÓBITO
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

**AÇÕES IMEDIATAS NO SETOR APÓS O EVENTO ADVERSO**

QUEM DETECTOU O INCIDENTE/EVENTO ADVERSO (OPCIONAL):  QUAIS AÇÕES DE MELHORIA 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**

**E-mail:** qualidade.segurancadopaciente@gmail.com  
**Telefone institucional NQSP:** (61) 99182-5375  
**Ramal:** 5274