



NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS – NQSP/HRG

Esse formulário é sigiloso e não tem caráter punitivo.

NOTIFICAÇÃO

SETOR NOTIFICANTE:		SETOR NOTIFICADO:	
NOME COMPLETO DO PACIENTE:			
HOMEM ()	MULHER: ()	COR/RAÇA:	IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:		Nº DA SES:	
DATA DE INTERNAÇÃO:		DIAGNÓSTICO:	
DATA DO EVENTO:		HORA DO EVENTO:	
SERVIDOR(ª) NOTIFICANTE:			

EVENTO

() FLEBITE	() EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	() FALHAS NA DOCUMENTAÇÃO			
() QUEIMADURAS	() FALHAS NA ASSISTÊNCIA RADIOLÓGICA	() FALHAS NA DURANTE A ASSISTENCIA À SAÚDE			
() FALHAS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	() FALHAS NAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS				
() FALHAS NA ADMINSTRAÇÃO DE O ² OU GASES MEDICINAIS	() FALHAS NA ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS				
() FALHAS NO CUIDADO / PROTEÇÃO DO PACIENTE	() FALHAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
() FALHAS OCORRIDAS EM LABORATÓRIOS DIVERSOS OU PATOLÓGICO					
() FALHAS NO PORCESSO CIRURGICO (CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA					
() PERDA DE DISPOSITIVOS, QUAIS: _____					
() QUEDA	() QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA	() PERDA DO EQUILIBRIO	() ESCORREGOU	() DESMAIO	() OUTROS:
() LPP (LESSÃO POR PRESSÃO)	() ESTÁGIO I	() ESTÁGIO II	() ESTÁGIO III	() ESTÁGIO IV	() STICK TEAR

CLASSIFICAÇÃO (CAMPO EXCLUSIVO DO NQSP)

() NENHUM	() DANO LEVE	() DANO MODERADO	() DANO GRAVE	() ÓBITO
------------	---------------	-------------------	----------------	-----------

AÇÕES IMEDIATAS NO SETOR APÓS O EVENTO ADVERSO

QUEM DETECTOU O INCIDENTE/EVENTO ADVERSO:

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