|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **UNIDADE: C.C** | | MÊS/ANO:  03/2019. |
|  | **METAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE** |  | |
| **01** | **QUANTIDADE DE EVENTOS NOTIFICADOS** | 0 | |
| **02** | **NEAR MISS** | 0 | |
| **03** | **INCIDENTE SEM DANO** | 0 | |
| **04** | **INCIDENTE COM DANO** | 0 | |
| **05** | **QUANTIDADE DE EA NOTIFICADOS NO SNVS- NOTIVISA** | 0 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INCIDENTE** | Near miss | Incidente que não atingiu o paciente | Preencher formulário de notificação. |
| Incidente sem dano | Incidente que atingiu o paciente, más não causou dano | Preencher formulário de notificação. |
| Incidente com dano | Incidente que resulta em dano ao paciente (Evento Adverso) | Preencher formulário de notificação. |