



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

AV. João Machado, 1234 – Centro

CEP: 58013-522

CNPJ: 09.124.165/0001-40

Tel: (83) 2107-9500

DATA E EVENTO	
ÁREA NOTIFICANTE	
ÁREA NOTIFICADA	
DADOS DO PACIENTE (Nome/Registro/Admissão)	
PROCESSO (LOCAL DO OCORRIDO)	

Preenchimento obrigatório de todos os campos desse formulário pela equipe envolvida
Problema Identificado
Descrição da decorrência
Ação corretiva imediata
Responsável pela ação:
Classificação da ocorrência
<input type="checkbox"/> NÃO CONFORMIDADE (Descumprimento das contratualizações entre os processos) <input type="checkbox"/> INCIDENTE <input type="checkbox"/> CIRCUSTÂNCIA DE RISCO – Potencial significativo para ocorrência do dano, mas sem ocorrência do evento com o paciente <input type="checkbox"/> NEAR MISS: QUASE ERRO - Incidente que não atinge o paciente <input type="checkbox"/> INCIDENTE SEM DANO – Evento que atingiu o paciente, mas não chegou a resultar em dano <input type="checkbox"/> INCIDENTE COM DANO – Evento que resultou em dano ao paciente
Obs: