

Data / /	Horário de Identificação do Erro: <input type="checkbox"/> 14h <input type="checkbox"/> 16h <input type="checkbox"/> 18h <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 22h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 02h <input type="checkbox"/> 04h <input type="checkbox"/> 06h <input type="checkbox"/> 08h <input type="checkbox"/> 10h <input type="checkbox"/> 12h
Paciente (somente iniciais):	Atendimento:
Setor	<input type="checkbox"/> UTI A <input type="checkbox"/> UTI B <input type="checkbox"/> UTI C <input type="checkbox"/> UTI D <input type="checkbox"/> POSTO 1 <input type="checkbox"/> POSTO 2 <input type="checkbox"/> ALA E <input type="checkbox"/> ALA F
Motivo	<input type="checkbox"/> Troca de medicamento Prescrito: _____ Dispensado: _____
	<input type="checkbox"/> Troca de forma farmacêutica Prescrito: _____ Dispensado: _____
	<input type="checkbox"/> Omissão (medicamento prescrito e não dispensado) Prescrito: _____
	<input type="checkbox"/> Quantidade errada Prescrito: _____
	<input type="checkbox"/> Falta de prescrição na farmácia
Identificação	<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico
Desfecho	<input type="checkbox"/> Identificado <u>antes</u> da administração do medicamento ao paciente <input type="checkbox"/> Identificado <u>após</u> da administração do medicamento ao paciente
Responsável Registro	
Data / /	Horário de Identificação do Erro: <input type="checkbox"/> 14h <input type="checkbox"/> 16h <input type="checkbox"/> 18h <input type="checkbox"/> 20h <input type="checkbox"/> 22h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 02h <input type="checkbox"/> 04h <input type="checkbox"/> 06h <input type="checkbox"/> 08h <input type="checkbox"/> 10h <input type="checkbox"/> 12h
Paciente (somente iniciais):	Atendimento:
Setor	<input type="checkbox"/> UTI A <input type="checkbox"/> UTI B <input type="checkbox"/> UTI C <input type="checkbox"/> UTI D <input type="checkbox"/> POSTO 1 <input type="checkbox"/> POSTO 2 <input type="checkbox"/> ALA E <input type="checkbox"/> ALA F
Motivo	<input type="checkbox"/> Troca de medicamento Prescrito: _____ Dispensado: _____
	<input type="checkbox"/> Troca de forma farmacêutica Prescrito: _____ Dispensado: _____
	<input type="checkbox"/> Omissão (medicamento prescrito e não dispensado) Prescrito: _____
	<input type="checkbox"/> Quantidade errada Prescrito: _____
	<input type="checkbox"/> Falta de prescrição na farmácia
Identificação	<input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmácia <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico
Desfecho	<input type="checkbox"/> Identificado <u>antes</u> da administração do medicamento ao paciente <input type="checkbox"/> Identificado <u>após</u> da administração do medicamento ao paciente
Responsável Registro	