HOSPITAL DO CENTRO — Sempre cuidando de você!

# FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

**N°:____ / ____**

Data do Incidente: _____ / _____ / _____ Responsável pela Notificação? _____

Setor da Incidência: _____

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Nº de Atendimento: _____

**RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS (Marque com um X o evento que ocorreu)**

| | | |
|---|---|---|
| ( ) Broncoaspiração | ( ) Falha com Exames | ( ) Perda de Dreno |
| ( ) Comunicação | ( ) Falha durante Assistência | ( ) Perda de Prontuário |
| ( ) Erro de Dispensação de Medicamento | ( ) Falha Durante Procedimento Cirúrgico | ( ) Perda de SNG |
| ( ) Erro de Prescrição Médica | ( ) Farmacovigilância (medicação/saneantes) | ( ) Queimadura |
| ( ) Evasão de Paciente | ( ) Flebite | ( ) Reinternação na UTI <24h |
| ( ) Extravasamento de solução | ( ) Identificação do Paciente | ( ) Tecnovigilância (Material) |
| ( ) Extubação Acidental | ( ) Lesão por contenção física | ( ) Tromboembolismo Venoso (TEV) |
| ( ) Falha Administrativa / Documento | ( ) Perda de SNE | ( ) Adminsitração de Medicamento errado |
| ( ) Falha com Dietas | ( ) Perda de CVC | |

Outro. Qual?

Paciente apresentou reação adversa: ( ) Sim ( ) Não
Qual:

**RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS (Marque com um X o evento que ocorreu)**

| | | |
|---|---|---|
| ( ) Abertura involuntária da ferida operatória | ( ) Falta de checagem de procedimento | ( ) Não administrado dieta |
| ( ) Administração de dieta trocada | ( ) Falta de preenchimento de documento | ( ) Não preenchido corretamente |
| ( ) Administração de medicação trocada | ( ) Falta de pulseira de identificação | ( ) Não realização de exame |
| ( ) Alta ou liberação de incapaz | ( ) Queimadura provocada por procedimento | ( ) Não realizado quando solicitado |
| ( ) Dano por uso inadequado de equipamento | ( ) Internamento errado / trocado | ( ) Hemorragia após a cirurgia |
| ( ) Erro de procedimento | ( ) Medicação em dose inadequada | ( ) Resultado errado |
| ( ) Falta de checagem de medicamento | ( ) Não administração de medicação prescrita | ( ) Troca de Paciente |

**DESCRIÇÃO DO INCIDENTE**

Evidência ( ) Sim ( ) Não

**AÇÃO IMEDIATA (Realizadas no momento do incidente)**

Carimbo e Assinatura