

 <div>HOSPITAL DO CENTRO <i>Sempre cuidando de você!</i></div>	FORMULÁRIO		
	ANALISE DE INCIDENTE/EVENTO ADVERSO		
	Código: FOR.HC.NSP.004	Versão: 002	Página:1 de 1
FICHA DE ANALISE DE INCIDENTE / EVENTO ADVERSO N°:			
IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE:			
Data do Incidente:	Local da Ocorrência:	Turno:	
Nome do Paciente:			Atendimento:
DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE / INCIDENTE:			
ANALISE DAS POSSÍVEIS CAUSAS			
<div><input type="checkbox"/> Falta de Capacitação técnica</div> <div><input type="checkbox"/> Descumprimento de protocolo estabelecido</div> <div><input type="checkbox"/> Processo de Trabalho não claramente definido</div> <div><input type="checkbox"/> Falta de Capacitação</div> <div><input type="checkbox"/> Falta de Supervisão</div> <div><input type="checkbox"/> Ação automática (necessita de revisão de processos)</div> <div><input type="checkbox"/> Distração</div> <div><input type="checkbox"/> Comportamento arriscado / imprudente</div> <div><input type="checkbox"/> Excesso de confiança</div> <div><input type="checkbox"/> Esquecimento</div> <div>Outro. Qual?</div>			
CONCLUSÃO DO EVENTO			
<div><input type="checkbox"/> Resultou em óbito do paciente</div> <div><input type="checkbox"/> Resultou em dano permanente para o paciente (Grave)</div> <div><input type="checkbox"/> Resultou em lesão temporária para o paciente (Moderado)</div> <div><input type="checkbox"/> Incidente não atingiu o paciente (Leve)</div> <div><input type="checkbox"/> Incidente sem dano (Nenhum)</div>			
ANALISE DO EVENTO			
<div><input type="checkbox"/> Incidente</div> <div><input type="checkbox"/> Evento adverso</div> <div><input type="checkbox"/> Evento sentinela (não relacionado a assistência)</div> <div>O Incidente resultou em aumento do tempo de interação: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não</div> <div>Quantos dias: _____</div>			
AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS (Ações que visam evitar novas ocorrências)			
Caso de Orientação ou Treinamento Anexar Cópia da Lista de Presença: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não			
ASSINATURA DOS ENVOLVIDOS			
Data da Resposta: ____/____/____			