



HOSPITAL DO  
CENTRO

Sempre cuidando de você!

**FORMULÁRIO  
ANALISE DE INCIDENTE/EVENTO ADVERSO**

Código: FOR.HC.NSP.004

Versão: 002

Página: 1 de 1

**FICHA DE ANALISE DE  
INCIDENTE / EVENTO ADVERSO**

Nº:

**IDENTIFICAÇÃO DO INCIDENTE:**

|                    |                      |              |
|--------------------|----------------------|--------------|
| Data do Incidente: | Local da Ocorrência: | Turno:       |
| Nome do Paciente:  |                      | Atendimento: |

**DESCRIÇÃO DA NÃO CONFORMIDADE / INCIDENTE:**

**ANALISE DAS POSSÍVEIS CAUSAS**

- Falta de Capacitação técnica
- Descumprimento de protocolo estabelecido
- Processo de Trabalho não claramente definido
- Falta de Capacitação
- Falta de Supervisão
- Ação automática (necessita de revisão de processos)
- Distração
- Comportamento arriscado / imprudente
- Excesso de confiança
- Esquecimento

Outro. Qual?

**CONCLUSÃO DO EVENTO**

- Resultou em óbito do paciente
- Resultou em dano permanente para o paciente (Grave)
- Resultou em lesão temporária para o paciente (Moderado)
- Incidente não atingiu o paciente (Leve)
- Incidente sem dano (Nenhum)

**ANALISE DO EVENTO**

- Incidente
- Evento adverso
- Evento sentinel (não relacionado a assistência)

O Incidente resultou em aumento do tempo de interação:  Sim  Não

Quantos dias: \_\_\_\_\_

**AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS (Ações que visam evitar novas ocorrências)**

Caso de Orientação ou Treinamento Anexar Cópia da Lista de Presença:  Sim  Não

**ASSINATURA DOS ENVOLVIDOS**

Data da Resposta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_