

## NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES CRÍTICOS

DATA: ____/____/____ HORÁRIO : ____/____	<input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Ambulatorial <input type="checkbox"/> Acompanhante <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Outros:.....	Tipo de Incidente <input type="checkbox"/> Queixa Técnica <input type="checkbox"/> Evento Adverso <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Near Miss <input type="checkbox"/> Outros:.....	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Identificação do notificador			Ramal:
Identificação (em caso de colaborador/acompanhante/outros)			
Diagnóstico Principal			
Descrição Material Médico/Equipamento (se queixa técnica) / Registro Anvisa			
Local do Evento		Consequência do Evento	
<input type="checkbox"/> Corredor <input type="checkbox"/> Copa de pacientes <input type="checkbox"/> Elevador <input type="checkbox"/> Sala de Terapia <input type="checkbox"/> Quarto / Leito <input type="checkbox"/> Outro:.....		<input type="checkbox"/> Oficinas <input type="checkbox"/> Banheiro <input type="checkbox"/> Recepção Qual ..... <input type="checkbox"/> Piscina	
<input type="checkbox"/> Alergia / Reação Adversa <input type="checkbox"/> Queimadura / Corte <input type="checkbox"/> Cardíaco / Respiratório <input type="checkbox"/> Contusão / Fratura <input type="checkbox"/> Lesão de pele pré-existente <input type="checkbox"/> Lesão de pele pré-existente piorada <input type="checkbox"/> Lesão de pele adquirida no IMREA <input type="checkbox"/> Outros:.....		<input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Sem danos visíveis <input type="checkbox"/> Lesão de pele <input type="checkbox"/> Óbito	
Fatores de Risco Pré-Evento	Medicação <input type="checkbox"/>	Outros Eventos <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Problemas com a cama <input type="checkbox"/> Telefone /Campinha fora de alcance <input type="checkbox"/> Meio Auxiliar Inadequado <input type="checkbox"/> Histórico de quedas <input type="checkbox"/> Paciente Confuso <input type="checkbox"/> Problemas com cadeira de rodas/banho <input type="checkbox"/> Cuidador ausente <input type="checkbox"/> Outros:..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Erro de Prescrição <input type="checkbox"/> Medicação não administrada <input type="checkbox"/> Medicação atrasada <input type="checkbox"/> Falta de prescrição <input type="checkbox"/> Erro de dosagem <input type="checkbox"/> Erro de Medicação <input type="checkbox"/> Paciente trocado <input type="checkbox"/> Erro de via de administração <input type="checkbox"/> Dispensação Incorreta <input type="checkbox"/> Outros:..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Relacionado com EPI <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> Contenção <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Acidente com material biológico <input type="checkbox"/> Acidente com perfuro cortante <input type="checkbox"/> Erro com dietas <input type="checkbox"/> Violência <input type="checkbox"/> Suicídio ou tentativa <input type="checkbox"/> Abuso <input type="checkbox"/> Posse de arma não autorizada <input type="checkbox"/> Posse de substâncias ilícitas	
<input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/> Problemas sonda/cateter <input type="checkbox"/> Outros ..... ..... .....			
Descrever objetivamente o evento ocorrido ( citar testemunhas, se houver)			
O médico foi notificado? <input type="checkbox"/> Sim Horário : ____/____ <input type="checkbox"/> Não		Nome do médico:	
Classificação do Risco			
<input type="checkbox"/> Leve – Sem necessidade de intervenção, restrito a pessoa ou local de ocorrência <input type="checkbox"/> Médio – Com necessidade de intervenção local, com danos pessoais e restritos ao local <input type="checkbox"/> Grave – Com necessidade de intervenção clínica. Gera danos ao cliente, à organização e ao meio ambiente <input type="checkbox"/> Catastrófico – Com necessidade de intervenção clínica com danos severos à vida do cliente, podendo comprometer a organização, o meio ambiente e a comunidade			
Assinatura do Notificador	Assinatura do Gerenciamento de Risco	Ciência do Coordenador área	
Data	Data	Data	

## NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES CRÍTICOS

### EVENTO ADVERSO

Qualquer incidente onde o uso de um produto para a saúde encontra-se sob suspeita de ter resultado em consequência adversa em um paciente

### QUEIXA TÉCNICA

Reclamação sobre a qualidade técnica dos produtos para a saúde

### NEAR MISS

Quase erros ou erros em potencial, aqueles erros interceptados antes do paciente ser atingido

### O QUE NOTIFICAR?

Notificar toda suspeita de evento adverso, queixa técnica, near miss relacionada a produtos para a saúde; assim como qualquer incidente indesejado com o paciente, cuidador e colaborador

### NOTIFICAR MESMO QUE:

- Não exista certeza sobre a relação entre o evento adverso e o produto para a saúde;
- Todos os dados para a notificação não estejam disponíveis.
- Em caso de dúvida de classificação

### COMO NOTIFICAR?

Preenchendo o formulário com letra legível ou via sistema

Ações tomadas / sugeridas

Gerenciamento de Risco

Diretoria