

## NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

### 1 – Nome do Paciente:

F: feminino   
M: masculino

idade:   
1-Hora 2- Dia   
3-Mês 4-Ano

Raça/cor:   
1-branca 2- preta   
3-amarela 4- parda   
5-indigena

Data da notificação  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do incidente:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2- NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSO RELACIONADO À:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acidentes do paciente                 | <input type="checkbox"/> Falha na documentação                                     | <input type="checkbox"/> Queda do paciente                               |
| <input type="checkbox"/> Falhas nas atividades administrativas | <input type="checkbox"/> Falhas ocorridas em laboratórios clínicos ou de patologia | <input type="checkbox"/> Queimaduras                                     |
| <input type="checkbox"/> Falhas durante a assistência à saúde  | <input type="checkbox"/> Falhas na administração de O2 ou gases medicinais         | <input type="checkbox"/> Úlcera por pressão                              |
| <input type="checkbox"/> Falhas durante procedimento cirúrgico | <input type="checkbox"/> Falhas no cuidado / proteção do paciente                  | <input type="checkbox"/> Falha no procedimento de transplante ou enxerto |
| <input type="checkbox"/> Falhas na administração de dietas     | <input type="checkbox"/> Falhas na assistência radiológica                         | <input type="checkbox"/> Falhas na administração de medicamentos         |
| <input type="checkbox"/> Falha na identificação do paciente    |  | <input type="checkbox"/> Outro _____                                     |

### 3 - Grau do dano:

- Nenhum  
 Leve  
 Moderado  
 Grave  
 Óbito

### 4 – Tipo do Procedimento:

- Diagnóstico  
 Parto ou puerpério  
 Prevenção  
 Reabilitação  
 Tratamento  
 Outro \_\_\_\_\_

### 4 – Período ocorreu o incidente / evento adverso:

- Durante o dia (07:00h às 19:00h)  
 Durante a noite/madrugada (19:00h às 07:00h)  
 Não sei informar

### 5 – Diagnóstico:

\_\_\_\_\_

### 6 – Em que fase da assistência ocorreu o incidente / evento adverso?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Na consulta  | <input type="checkbox"/> Na transferência para outra unidade ou para outro serviço de saúde |
| <input type="checkbox"/> Na admissão  | <input type="checkbox"/> Na alta  |
| <input type="checkbox"/> Durante a prestação de cuidados (diagnóstico, avaliação, tratamento ou intervenção cirúrgica, realização de exame) | <input type="checkbox"/> No acompanhamento pós-alta   |

### 7 – Fatores Contribuintes:

#### Fatores do Paciente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Percepção / compreensão        | <input type="checkbox"/> Ato de sabotagem / criminal                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de atenção           | <input type="checkbox"/> Dificuldades linguísticas                           |
| <input type="checkbox"/> Não cumprimento de orientações | <input type="checkbox"/> Dificuldade de compreensão das orientações de saúde |
| <input type="checkbox"/> Comportamento de risco         | <input type="checkbox"/> Problemas com uso / abuso de substâncias            |
| <input type="checkbox"/> Comportamento negligente       | <input type="checkbox"/> Fatores emocionais                                  |

#### Fatores do Trabalho / Ambiente

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Infraestrutura / ambiente físico         | <input type="checkbox"/> Avaliação de risco ambiental / avaliação de segurança |
| <input type="checkbox"/> Afastado ou a longa distância do serviço |  |



**Fatores Profissionais**

- Descuido / distração / omissão
- Descumprimento de normas
- Comportamento arriscado / imprudente
- Ausência ou inadequada transmissão de informações durante a passagem de plantão
- Problema/ evento adverso na compreensão das orientações (escritas ou verbal)
- Ausência de anotações (prontuário / ficha do paciente)
- Informações ilegíveis (prontuário / ficha do paciente)
- Sobrecarga de trabalho / fadiga / esgotamento
- Violação de rotinas estabelecidas pelo serviço de saúde

**8- Como foi identificado o incidente / evento adverso?**

- Avaliação pró-ativa de riscos
- Por meio de máquina / sistema / alteração ambiental / alarme
- Por meio de uma contagem / auditoria / revisão
- Reconhecimento do erro
- Por alteração do estado do paciente

**9- Quem detectou o incidente / evento adverso?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Próprio paciente | <input type="checkbox"/> Amigo / Visitante                      |
| <input type="checkbox"/> Outro paciente   | <input type="checkbox"/> Pessoa de assistência espiritual       |
| <input type="checkbox"/> Familiar         | <input type="checkbox"/> Profissional de saúde                  |
| <input type="checkbox"/> Cuidador         | <input type="checkbox"/> Outro profissional do serviço de saúde |
| <input type="checkbox"/> Voluntário       |   |

**10- Relato do incidente / evento adverso:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Notificador:**

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Função:** \_\_\_\_\_ **Ass** \_\_\_\_\_

**Intervenção e ações corretivas:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---