Coordinaciòn Zonal 7 - Salud
Hospital Teófilo Dávila
Gestión de calidad

FORMULARIO PARA LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Sistema voluntario y anónimo. Tiene como finalidad mejorar la seguridad del paciente a partir del análisis de las notificaciones.

DATOS GENERALES:

Nº de Historia Clínica:
Edad:
Sexo.

MOMENTO DEL EVENTO

Fecha del evento:
Servicio en el que sucedió el evento:
Hora con minutos:
Descripción breve del suceso:

PROFESIONAL QUE NOTIFICA EL EVENTO

CONSECUENCIA PARA EL PACIENTE

Sin lesión
Con lesión
Lesión permanente
Muerte
Puso en grave riesgo la vida del paciente
Prolongo la hospitalización
Produjo incapacidad permanente
Describa brevemente: ----------

CONSIDERA QUE SE PODRÍA HABER EVITADO EL EVENTO.
Marque:

SI NO

RECOMENDACIONES PARA EVITAR ESTE EVENTO EN EL FUTURO