|  |
| --- |
| **SETOR:** |
| **NOTIFICADO POR:** |
| **DATA DA NOTIFICAÇÃO:** |
| **RELAÇÃO DE INCIDENTES / EVENTOS ADVERSOS:** (Marque com um X o evento que ocorreu) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| \* PREENCHER EM CASO DE FARMACOVIGILÂNCIA E TECNOVIGILÂNCIA (Anexar o produto ao formulário) | |
| Colar etiqueta ou preencher:  Nome do paciente:  Nº Prontuário: | Nome do produto: |
| Marca do fabricante: |
| Lote: |
| Validade: |
| Não conformidade encontrada: | |
| **RELAÇÃO DE EVENTOS SENTINELA:** (Marque com um X o evento que ocorreu) | |
|  | |
| DESCRIÇÃO DO EVENTO | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **AÇÕES IMEDIATAS** (Realizadas no momento da ocorrência) | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **SUGESTÕES DE MELHORIA** | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |
| --- |
| **PREENCHIMENTO PELO COMITÊ DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE:** |
| **DATA DO RECEBIMENTO:** |
| **ANÁLISE DA CAUSA** |
| **Por quê?** |
| **Por quê?** |
| **Por quê?** |
| **Por quê?** |
| **Por quê?** |

|  |
| --- |
| POSSÍVEIS CAUSAS |
|  |
| GRAU DO EVENTO |
|  |
| ANÁLISE DO EVENTO |
| [ ] Incidente [ ] Evento adverso [ ] Não conformidade de processo [ ] Evento sentinela  (não relacionado à assistência) |
| AÇÕES CORRETIVAS / PREVENTIVAS (Ações que visam evitar novas ocorrências) |
| **AÇÃO 1:** |
| **PRAZO:** |
| **RESPONSÁVEL: SETOR:** |
| **DATA DE CONCLUSÃO:** |
|  |
| **AÇÃO 2:** |
| **PRAZO:** |
| **RESPONSÁVEL: SETOR:** |
| **DATA DE CONCLUSÃO:** |
|  |
| **AÇÃO 3:** |
| **PRAZO:** |
| **RESPONSÁVEL: SETOR:** |
| **DATA DE CONCLUSÃO:** |