|  |
| --- |
| **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:** |