

FORMULARIO GENERAL
NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Riesgo de Caída: _____
Riesgo de UPP: _____

Servicio/Unidad: _____ N° Ficha Clínica: _____
Nombre del paciente: _____
RUT: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Diagnóstico médico: _____
Fecha del evento: ____/____/____/ Hora del evento: ____:____hrs.
Daño Producido: NO ___ SI ___ ¿Cuál? _____

Marque con **X** el evento reportado:

Evento adverso	Evento centinela
Error de medicación	Muerte por Enfermedad tromboembólica
Caídas	Caída con fractura o TEC grave
Ulceras por presión	Muerte asociada a IAAS
Autor retiro de catéteres y/o sondas	Cirugía de paciente equivocado
Fuga de paciente	Cirugía de sitio equivocado
IAAS	Cuerpo extraño olvidado
Suspensión de cirugía programada	Muerte intraoperatorio
Error en la identificación de pacientes	Muerte materna
Reacciones adversas a medicamentos	Muerte fetal tardía
Re operaciones no programadas	Asfixia neonatal
Otro:	Reacción hemolítica aguda grave por Incompatibilidad de grupo sanguíneo
	Muerte o daño por error de medicación
	Reacción alérgica grave al medio de contraste
	Paro cardiorrespiratorio
	Extravío de biopsias
	Líquido de Conservación BIOPSIA equivocado
	Envío de muestra BIOPSIA equivocada
	Dispensación de medicamento equivocado con resultado de hospitalización
	Accidente de ambulancia en traslado de pacientes
	Pérdida de resultado de Biopsia

- Descripción del evento y circunstancias en que ocurrió: _____

- Medidas inmediatas tomadas: _____

- Medidas de mejora general: _____

- Notificado por: _____ Fecha: ____/____/____/
- Toma conocimiento Jefe de Servicio/Unidad: _____ fecha: ____/____/____/
- **Fecha recepción Oficina de calidad:** ____/____/____/
- **Servicio/unidad plan de mejora:** _____