

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	1. Ocorrência com: ( ) Paciente ( ) Acompanhante ( ) Visitante ( ) Profissional de saúde ( ) Outro _____			
	2. Nome completo:		3. DN/Idade:	
	4. Sexo: ( ) M ( ) F	5. Raça/cor: ( ) Branco ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena		
	6. Leito:	7. Nº Prontuário:	8. Data da internação:	
	9. Setor:	10. Hora do evento/período:	11. Data da notificação:	
<b>DESCRIÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO</b>	12. Tipo de evento: <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Lesão por pressão <input type="checkbox"/> Incidente/evento adverso durante procedimento cirúrgico <input type="checkbox"/> Falta de identificação do paciente/leito <input type="checkbox"/> Identificação errada do paciente/leito <input type="checkbox"/> Falha na prescrição de medicamento <input type="checkbox"/> Erro na administração de medicamento <input type="checkbox"/> Erro/omissão na dispensação de medicamentos <input type="checkbox"/> Reação adversa <input type="checkbox"/> Perda de acesso venoso (central/periférico) <input type="checkbox"/> Extravasamento de antineoplásico <input type="checkbox"/> Extubação acidental <input type="checkbox"/> Perda de sonda <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Flebite <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Queimadura/radiodermatite <input type="checkbox"/> Reação transfusional <input type="checkbox"/> Outros _____			
	13. Na sua opinião este incidente se deu? ( ) Com dano    ( ) Sem dano    ( ) Quase erro    ( ) Circunstância de risco			
	14. Quem detectou o incidente/evento adverso: _____			
	15. Como foi detectado: _____ _____			
	16. Descreva os danos que foram ou poderiam ter sido causados, informando os fatores que contribuíram para a ocorrência do evento: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			
	<b>CONDUTA</b>	17. Informe a conduta inicial diante do incidente/evento: _____ _____ _____ _____		

Notificador: ( ) Enfermagem ( ) Medicina ( ) Apoio Assistencial ( ) Outro \_\_\_\_\_

Assinatura (opcional): \_\_\_\_\_

## O QUE É NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - NSP?

É o setor nos serviços de saúde com a função de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. A suas ações **NÃO TEM FINALIDADE PUNITIVA**, e sim de planejamento e implementação (gestão de risco) de ações de boas práticas que resultem em maior qualidade, promovendo a cultura de segurança entre os diversos membros do serviço de saúde e seus usuários.

O Núcleo de Segurança do Paciente da FCECON foi implantado e segue em atividade conforme previsto na Portaria MS/GM nº 529/2013 e na Resolução da Diretoria Colegiada-RDC/ANVISA nº 36/2013.

## CONCEITOS IMPORTANTES

**SEGURANÇA DO PACIENTE:** redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

**DANO:** comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

**EVENTO ADVERSO:** incidente que resulta em danos à saúde;

**BOAS PRÁTICAS DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE SAÚDE:** componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

**CULTURA DA SEGURANÇA:** conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

## PARA QUE SERVE ESTE FORMULÁRIO?

Este formulário **NÃO É DENÚNCIA**, trata-se **UMA NOTIFICAÇÃO**, com a finalidade de estabelecer o vínculo entre os profissionais de saúde da assistência direta, do apoio assistencial e diagnóstico, com fins a identificar ações do cuidado que resultem em **DANO** para a saúde do paciente.

## QUEM PODE NOTIFICAR?

Qualquer pessoa pode notificar ao NSP quando identificado um evento adverso que resulte em dano ao paciente, sendo um acompanhante, ou colaborador, ou visitantes.

## COMO DEVO PREENCHER O FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO?

Preencha o **CABEÇALHO** com as informações solicitadas, depois faça uma breve, mas detalhada **DESCRIÇÃO DO EVENTO/INCIDENTE** a ser notificado, em seguida descreva as **CONDUTAS INICIAIS** tomadas para solucionar ou amenizar, prevenir os danos relacionados ao evento/incidente, no final assinale sua **CATEGORIA PROFISSIONAL** e identifique-se se assim o desejar.

As notificações podem ser colocadas na pasta de impressos de notificações do seu setor, para que sejam periodicamente recolhidas pelo NSP. Se preferir, entregue o formulário preenchido diretamente ao responsável pelo NSP (3º andar) ou ao membro do Núcleo do seu setor.

**Importante: Em caso de eventos adversos graves, como óbito ou lesão gravíssima, o NSP deve ser comunicado imediatamente.**