

IDENTIFICAÇÃO	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:
DESCRIÇÃO DO INCIDENTE/EVENTO	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: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
	CONDUTA	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.