

**FORMATO PARA EL REPORTE DE PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME
EVENTOS E INCIDENTES ADVERSOS**

1 Fecha de Reporte 2017

2 NOVEDAD PRESENTADA 3 De acuerdo al servicio o producto no conforme, indique si es:

4 Fecha de Ocurrencia 2017 5 Hora 6 N° de la Historia Clínica

7 Nombres y apellidos completos del paciente 8 Edad 9 Sexo

10 Estado de conciencia antes del evento 11 Servicio que reporta Servicios Generales
Otro:

12 DIAGNÓSTICO

13. TIPO DE EVENTO O INCIDENTE ADVERSO

RELACIONADOS CON TRAMITES ADMINISTRATIVOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD XXXXX

RELACIONADOS CON PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES XXXXX

RELACIONADAS CON INFRAESTRUCTURA Y AMBIENTE FISICO

RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO O LAS CREENCIAS DEL PACIENTE

QUEMADURAS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. XXXXX

ALERGIAS POR EL USO DE ELEMENTOS

RELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS

SI ES OTRO, INDIQUE CUAL

14. Descripción detallada del incidente o evento:

15. Conducta inmediata seguida durante el incidente o evento:

16. CATEGORIZACIÓN DL EVENTO

A. Error que no llega al paciente, se evita

B. Sin daño al paciente

C. Requiere tratamiento e intervención asistencial

D. Requiere hospitalización prolongada

E. Daño temporal al paciente

F. Daño permanente al paciente

G. Evento cercano a la muerte

H. Muerte

17 Nombre del servicio que reporta

18 Nombre del funcionario que reporta

19 Firma del funcionario que reporta

*Una vez diligenciado este reporte, debe de enviarlo a la administradora de la sede con copia a la coordinación de calidad para el análisis respectivo.

Vertical line on the left side of the page.

Vertical line on the left side of the page.

|

)

)

|

|

