PREVENCION DE CAIDAS

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS H-14.3

ANEXO I

HOJA DE NOTIFICACION DE EVENTOS NO DESEADOS O ACCIDENTES

Año 20__

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Registro de Entrada

Si fuera necesario puede escribir en el anverso de esta hoja

1.DECLARANTE: Si lo desea puede identificarse o **permanecer en el anonimato**

Apellidos:

Nombre:

Categoría:

Unidad/Servicio: Puesto:

2. AFECTADO

Paciente: ☐ Visitante: ☐ Personal: ☐

Apellidos: Nombre:

V ☐ M ☐ Fecha de nacimiento: / /

Unidad (si se trata de un trabajador)

Nº Historia (si procede):

3. Fecha hora y lugar del evento no deseado

Fecha: / / Hora: Lugar:

4. Evento no deseado o resultado no esperado

5. Descripción de los hechos:

6. Medidas adoptadas de inmediato:

7. Consecuencias inmediatas o previstas:
Señale su impresión al respecto:

8. Gravedad estimada:
Vital (supone un peligro para la seguridad de personas o la institución, etc):
Crítica (necesidad de actuación para mantener los cuidados):
Normal (no hay peligro para personas, pero entorpece el funcionamiento del servicio o unidad):

9. Reclamación previsible: SI ☐ NO ☐

10. Seguimiento previsible del evento SI ☐ NO ☐ No sabe ☐

11. ¿Desea acuse de recibo? SI ☐ NO ☐ ¿Desea que se le informe sobre lo actuado? SI ☐ NO ☐