

DADOS DO NOTIFICADOR:

Nome: _____ Cargo: _____

Unidade/Serviço: _____ Data da Notificação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO ENVOLVIDO:

Nome do produto: _____ Registro M.S.: _____

Marca: _____ Modelo: _____

Fabricante: _____ N° Patrimônio/ N° Série/N° Lote: _____

Data de fabricação: ____/____/____ Data de validade: ____/____/____

Existe mais de um produto com o mesmo problema? _____

O produto apresentava alguma alteração? _____

Existe(m) outro(s) produto(s) envolvido(s) no problema? _____

Este produto era descartável? [] Sim [] Não [] Não sei.

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA:

Data da ocorrência: ____/____/____ Incidência da ocorrência: [] Uma vez [] Mais de uma vez, quantas? _____

Local da Ocorrência: _____

O ocorrido foi verificado por quem? _____

O que aconteceu? _____

A causa da ocorrência foi detectada? Se afirmativo, descrever a causa. _____

Após detectada a causa da ocorrência, foram tomadas providências? Se afirmativo, descrever as providências. _____

Esta ocorrência ocasionou ou poderá ocasionar agravos à saúde? Se afirmativo, descrever os agravos. _____

O evento ocasionou a transferência do paciente para a UTI? _____

Evolução do caso*: [] Óbito [] Lesão permanente: [] Lesão temporária

Descrever a evolução do caso*: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU USUÁRIO ENVOLVIDO EM CASO DE AGRAVOS:

O evento envolveu: [] Paciente [] Trabalhador [] Paciente e Trabalhador

Nome do Paciente: _____ Nome do Trabalhador: _____

N° Prontuário do Paciente: _____ Local de Lotação: _____

Data Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Peso: _____ Data Nasc: ____/____/____ Sexo: _____ Peso: _____