

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

a. Institución del Sistema:

MSP IESS FFAA Policía Nacional Municipal Red Privada Fiscomisional

b. Provincia:

c. Zona:

d. Distrito:

e. Unicódigo:

f. Establecimiento de salud:

g. Tipología:

h. Servicio / Área donde se produce el evento:

i. Fecha: dd / mm / aa

j. Hora:

2. DATOS DEL PACIENTE

a. Nombres y apellidos del paciente:

b. Edad:

c. Sexo: H

M

d. N° de Historia Clínica única:

e. Diagnóstico / Motivo de atención:

f. CIE 10:

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

a. Médica/o

b. Enfermera/o

c. Obstetra

d. Familiares/acompañante/cuidador

e. Trabajador/a Social

f. Odontóloga/o

g. Psicólogo/a

h. Estudiante

i. Otro

j. Fecha del reporte: dd / mm / aa

4. TIPO DE EVENTO

a. Cuasi evento

b. Evento adverso

c. Evento centinela

5. NATURALEZA DEL EVENTO

a. Medicación

b. Infección asociada a la atención de salud

c. Caídas

d. Úlceras por presión

e. Trombosis Venosa Profunda

f. Dispositivos médicos /equipos biomédicos

g. Procedimiento clínico

h. Procedimiento quirúrgico

i. Otro:

6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA

Quando ocurrió: Al ingreso

Durante la estancia

Al alta

Ambulatorio

Donde ocurrió: En el servicio

En el traslado

Otro:

Fue informado el paciente y/o familia: Si

No

Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:

7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA

a. Ninguna (sin lesión)

b. Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo

c. Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización

d. Daño de una función o estructura corporal temporal

e. Daño de una función o estructura corporal permanente

f. Requirió intervención quirúrgica o médica mayor

g. Muerte:

h. Otro

