

Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas - Establecimientos de Atención Médica Ambulatoria

1.- Datos del Establecimiento de Atención Médica:

Nombre del Establecimiento de Atención Médica: _____ Clave CLUES: _____

2.- Datos del Paciente:

Nombre del paciente: _____

Edad del paciente:

Sexo del paciente: Masculino Femenino

No. Del Expediente Clínico:

3.- Descripción del Evento Adverso:

3.1 ¿En qué lugar o área ocurrió el Evento Adverso?

3.2 ¿Fecha de reporte del Evento Adverso?

3.3 ¿Fecha de ocurrencia del Evento Adverso?

3.4 ¿En qué turno se presentó el Evento Adverso?

<input type="checkbox"/>	Matutino	<input type="checkbox"/>	Jornada acumulada
<input type="checkbox"/>	Vespertino		
<input type="checkbox"/>	Nocturno		

3.5 ¿Qué personas presenciaron el Evento Adverso? (Si fueron diferentes al personal del Establecimiento, especificar en "Otro").

<input type="checkbox"/>	Médico (a)
<input type="checkbox"/>	Enfermera (o)
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

3.6 ¿Qué personal estuvo directamente involucrado? (Puede seleccionar más de una opción).

<input type="checkbox"/>	Médico (a)
<input type="checkbox"/>	Enfermera (o)
<input type="checkbox"/>	Otro: _____

3.7 Descripción detallada del Evento Adverso (narración de los hechos):

Llenado opcional:

Nombre de la persona que notifica: _____

Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas - Establecimientos de Atención Médica Ambulatoria

Estos apartados deberán requisitarse **únicamente por el Gestor (a) de Calidad.**

1.- Tipo de incidente:

<i>De medicación:</i>	
<input type="checkbox"/>	Paciente equivocado.
<input type="checkbox"/>	Medicamento incorrecto.
<input type="checkbox"/>	Error en la dosis.
<input type="checkbox"/>	Error en la frecuencia de administración/Error en el horario.
<input type="checkbox"/>	Velocidad de administración incorrecta.
<input type="checkbox"/>	Contraindicación de la medicación.
<input type="checkbox"/>	Reacción adversa al medicamento.
<input type="checkbox"/>	Dispensación errónea del medicamento.

<i>De los documentos del Expediente Clínico:</i>	
<input type="checkbox"/>	Documentos ausentes o no disponibles.
<input type="checkbox"/>	Retraso en el acceso a los documentos antes citados.
<input type="checkbox"/>	Información poco clara, confusa, ilegible e incompleta en los documentos.

<i>De procedimientos quirúrgicos o médicos:</i>		
<input type="checkbox"/>	Error de anestesia.	Órgano o estructura equivocada o sitio equivocado.
<input type="checkbox"/>	Error en la técnica.	Paciente equivocado.
<input type="checkbox"/>	Error instrumental.	Procedimiento equivocado.
<input type="checkbox"/>	Otro: _____	

<i>De caídas:</i>	
Seleccione el lugar:	
<input type="checkbox"/>	De la camilla.
<input type="checkbox"/>	De la silla.
<input type="checkbox"/>	En el baño.
<input type="checkbox"/>	De las escaleras.
<input type="checkbox"/>	En el pasillo.
<input type="checkbox"/>	Transporte de paciente dentro del Establecimiento.
<input type="checkbox"/>	Otro: _____
Seleccione el tipo:	
<input type="checkbox"/>	Desmayo.
<input type="checkbox"/>	Pérdida del equilibrio.
<input type="checkbox"/>	Resbalón.
<input type="checkbox"/>	Tropiezo.
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar): _____

<i>De patología/Laboratorio/Imagenología:</i>	
<input type="checkbox"/>	Almacenamiento equivocado de la muestra.
<input type="checkbox"/>	Error en el reporte de los resultados.
<input type="checkbox"/>	Error en la toma de muestra.
<input type="checkbox"/>	Estudio equivocado.
<input type="checkbox"/>	Muestra equivocada.
<input type="checkbox"/>	Muestra mal etiquetada.
<input type="checkbox"/>	Entrega tardía de resultados.
<input type="checkbox"/>	Paciente incorrecto.
<input type="checkbox"/>	Procesamiento incorrecto.

2.- Gravedad del daño:

Gravedad	Descripción
<input type="checkbox"/> Sin daño	Incidente que pudo causar daño pero fue evitado o incidente que ocurrió pero no causó daño.
<input type="checkbox"/> Bajo	Incidente que causó un daño mínimo al paciente.
<input type="checkbox"/> Moderado	Incidente que causó un daño significativo pero no permanente al paciente.
<input type="checkbox"/> Grave	Incidente que tiene como resultado un daño permanente al paciente.
<input type="checkbox"/> Muerte	Incidente que ocasionó directamente la muerte del paciente.

3.- Factores del incidente:

<input type="checkbox"/>	Relacionados con las características del paciente.
<input type="checkbox"/>	Relacionados con la aplicación de las indicaciones, protocolos, lineamientos y guías de práctica clínica.
<input type="checkbox"/>	Individuales asociadas con los integrantes del equipo.
<input type="checkbox"/>	Relacionadas con el trabajo en equipo.
<input type="checkbox"/>	Relacionadas con el ambiente de trabajo y el entorno.
<input type="checkbox"/>	Organizacionales del Establecimiento de Atención Médica.
<input type="checkbox"/>	Institucionales o del ambiente externo.

4.- Causa-raíz:

4.1 En caso de daño grave o muerte, ¿se realizó análisis causa-raíz?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

Formato de Notificación y Registro de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas - Establecimientos de Atención Médica Ambulatoria

5.- Evitabilidad:

5.1 ¿Considera que pudo haber evitado el Evento Adverso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

5.2 ¿Cómo considera que pudo haber evitado el Evento Adverso?

6.- Acciones de Mejora:

6.1 ¿Se realizó alguna acción correctiva/de mejora después del Evento Adverso?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

6.2 ¿El Evento Adverso fue sesionado ante el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)?

<input type="checkbox"/>	Sí
<input type="checkbox"/>	No

6.3 ¿Cuáles son las acciones de mejora que se realizaron? Puede seleccionar más de una opción.

<input type="checkbox"/>	Capacitación al personal de nuevo ingreso y estudiantes.
<input type="checkbox"/>	Mejoramiento de la infraestructura.
<input type="checkbox"/>	Gestión de los recursos (humanos, financieros y materiales) alineado a la mejora continua.
<input type="checkbox"/>	Fortalecimiento de una cultura de calidad y seguridad del paciente mediante el Modelo de Gestión de Calidad.
<input type="checkbox"/>	Impulso al apego de las Guías de Práctica Clínica.
<input type="checkbox"/>	Implementación de mecanismos de supervisión operativa para el monitoreo de la calidad y la seguridad del paciente.
<input type="checkbox"/>	Desarrollo de un Programa de Calidad y Seguridad del Paciente para el Establecimiento.
<input type="checkbox"/>	Capacitación a pacientes y familiares para prevenir Eventos Adversos.
<input type="checkbox"/>	Otra (s): _____

Nombre de la persona que registra: _____