

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



GOBIERNO DEL ESTADO DE
VERACRUZ
2024 - 2030

SS
SECRETARÍA DE
SALUD

SESVER
SERVICIO DE SALUD
DE VERACRUZ

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:

De medicación:	
	Paciente equivocado.
	Medicamento incorrecto.
	Error en la dosis.
	Error en la frecuencia de administración/Error en el horario.
	Velocidad de administración incorrecta.
	Contraindicación de la medicación.
	Reacción adversa al medicamento.
	Dispensación errónea del medicamento.

De los documentos del Expediente Clínico:	
	Documentos ausentes o no disponibles.
	Retraso en el acceso a los documentos antes citados.
	Información poco clara, confusa, ilegible e incompleta en los documentos.

De procedimientos quirúrgicos o médicos:		
	Error de anestesia.	Órgano o estructura equivocada o sitio equivocado.
	Error en la técnica.	Paciente equivocado.
	Error instrumental.	Procedimiento equivocado.
	Otro: _____	

De caídas:	
Seleccione el lugar:	
	De la camilla.
	De la silla.
	En el baño.
	De las escaleras.
	En el pasillo.
	Transporte de paciente dentro del Establecimiento.
	Otro: _____
Seleccione el tipo:	
	Desmayo.
	Pérdida del equilibrio.
	Resbalón.
	Tropezo.
	Otro (especificar): _____

De patología/Laboratorio/Imagenología:	
	Almacenamiento equivocado de la muestra.
	Error en el reporte de los resultados.
	Error en la toma de muestra.
	Estudio equivocado.
	Muestra equivocada.
	Muestra mal etiquetada.
	Entrega tardía de resultados.
	Paciente incorrecto.
	Procesamiento incorrecto.

2.- Gravedad del daño:

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

3.- Factores del incidente:

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

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

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

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: _____