



CONFIDENCIAL

01. Data do evento ___/___/___ **02. Hora do evento** _____

03. Descreva o erro. Inclua descrição/seqüência dos eventos, tipos de profissionais e serviços envolvidos

04. O erro afetou o paciente

1.Sim. 2.Não. 3.Ignorado.

Se Sim, descrever efeitos nocivos

05. Descreva a evolução do paciente

1.Recuperado 2.Recuperado com seqüelas 3.Em recuperação 4.Óbito 5.Ignorado

06. Indique as causas do erro

1.Abreviação 2.Nomes Similares 3.Distração 4.Cálculo/Preparação 5.Rotina de Administração 6.Prescrição

7.Equipamentos 8.Outros. Citar:

07. Dados do paciente ou iniciais (se disponível)

Nome ou iniciais _____

Data de nascimento ___/___/___

Sexo Masculino Feminino Ignorado

Idade _____ Dias Meses Anos

08. Indique o local do erro

1.Hospital 2.Farmácia 3.Clínica 4.Posto de Saúde 5.Ambulatório 6.Residência 7.Outro

09. Complete com os produtos envolvidos

Nome comercial ou genérico ¹	Posologia	Via de administração	Data início de uso	Data fim de uso	Motivo do uso	Lote

(1) Se o medicamento for manipulado, informe a fórmula completa, e, se genérico, é indispensável informar o fabricante.

10. Sugestão de recomendações para prevenir esse erro, ou descreva estratégias ou procedimentos tomados por sua instituição para prevenir futuros erros.

11. Dados do notificador (opcional)

1. Nome _____

2. Categoria profissional Médico Dentista Farmacêutico Outros. Qual: _____

3. Telefone* DDD () _____

4. E-mail _____

5. Endereço _____