Ministerio de Salud Pública / Red Pública Integral de Salud	REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Versión:	1
		Código:	DNCSS-MSP-002
		Fecha:	01/08/2016

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

a.Institución del Sistema: MSP ☐ IESS ☐ FFAA ☐ PN ☐ Municipal ☐ Red Privada ☐ Fiscomicional ☐

b.Provincia: c.Zona: d.Distrito: e.Unicódigo:

f.Establecimiento de salud: g.Tipología:

h.Servicio / Área donde se produce el evento: i.Fecha: j.Hora:

2. DATOS DEL PACIENTE

a.Nombres y apellidos del paciente:

b.Edad: c. Sexo: H ☐ M ☐ d.Nº de Historia Clinica única:

e.Diagnóstico / Motivo de atención: f.CIE 10:

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

a.Médica/o ☐ b.Enfermera/o ☐ c.Obstetra ☐ d.Psicóloga/o ☐ e.Trabajador/a Social ☐ f.Odontóloga/o ☐

g.Estudiante ☐ h. Familiares/amigos/cuidador ☐

i.Fecha del reporte:

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

Cuando 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:

i.Cual:

Ministerio de Salud Pública

8. GESTIÓN REALIZADA (a cargo del equipo de mejoramiento continuo)

Análisis del Evento: **Fecha:** / /

a. ACCIONES INSEGURAS	b. FACTORES CONTRIBUTIVOS

c. Acciones correctivas/preventivas iniciales: Si ☐ No ☐

PLAN DE ACCION. Acciones para abordar los Factores Contributivos

ESTRATEGIAS	ACTIVIDADES	FECHA DE INICIO Y TERMINACION DE LAS ACTIVIDADES	RESPONSABLE/S

9. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA GESTIÓN

a.Nombres y apellidos:	b.Nº de cédula:
c.Cargo:	d.Servicio:

e.FIRMA

Cuasi evento: Error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.

Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base.

Evento centinela: Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.

Este documento es de uso exclusivo para el establecimiento de salud.