



**NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS, CUASIFALLAS Y CENTINELA**

No. FOLIO:

**NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_  
**FECHA NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **SERVICIO:** \_\_\_\_\_ **No. EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_  
**EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_ **CAMA:** \_\_\_\_\_ **TURNO:** \_\_\_\_\_ **DIAGNÓSTICO :** \_\_\_\_\_  
**FECHA Y HORA DEL EVENTO:** \_\_\_\_\_

**1.-Marca con una X el tipo incidente:**

**EVENTO ADVERSO**

**CUASIFALLA**

**EVENTO CENTINELA**

**DEFINICIONES OPERACIONALES:**

- ❖ **EVENTO CENTINELA:** Suceso imprevisto, resultado de la atención que produce la muerte del paciente ó pérdida permanente de la función u órgano y Discapacidad.
- ❖ **CUASIFALLA:** No alcanza al paciente. Error que **NO** produjo un evento adverso porque se detectó a tiempo. Incidente que pudo causar daño pero fue evitado.
- ❖ **EVENTO ADVERSO:** Incidente que produce daño a un paciente resultado de la atención médica.

**2.-Marca con una X la gravedad del evento adverso:**

MARCA AQUI	GRAVEDAD DEL EVENTO ADVERSO	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<input type="checkbox"/>	<b>SIN DAÑO</b>	Incidente que ocurrió pero no causó daño.
<input type="checkbox"/>	<b>BAJO O LEVE</b>	Incidente que causó una lesión o complicación mínimo sin prolongación de la estancia hospitalaria. Gasto de bolsillo extra o estrés en el paciente.
<input type="checkbox"/>	<b>MODERADO</b>	Incidente que causó un daño significativo pero no permanente y ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria.
<input type="checkbox"/>	<b>GRAVE</b>	Incidente que tiene como resultado un daño permanente en el paciente, y/o genera una intervención quirúrgica. Cirugía Incorrecta.
<input type="checkbox"/>	<b>PREVENIBLE</b>	Incidente que no se habría producido si el paciente hubiese recibido la atención adecuada para la ocasión.

**3.-Identifica y marca el incidente ocurrido subrayando y colocando dentro del paréntesis el inciso que corresponda: ( \_\_\_\_\_ )**

- a) Incidente de Medicación incluido la administración de líquidos intravenosos, anestesia y sedación.
- b) Caída de paciente.
- c) Identificación incorrecta del Paciente.
- d) Cirugía incorrecta y Errores en procesos quirúrgicos. Falta de marcaje quirúrgico.
- e) Errores en los procesos de transfusión de componentes sanguíneos.
- f) Quemadura de paciente.
- g) Errores en los procesos administrativos, documentales y del expediente clínico.
- h) Infección asociada a la atención médica.
- i) Errores en las muestras de Patología ó muestras de Laboratorio clínico -Error en la toma de muestras, Muestra extraviada, Almacenamiento de muestra equivocada, Procesamiento incorrecto o Incidente en los resultados
- j) Indicaciones médicas –Diferidas, Incompletas, inadecuadas, incorrectas u omitidas.
- k) Errores en los procesos de venoclisis o catéteres. Incluye más de dos punciones.
- l) Relacionados a la dieta del paciente.
- m) Omisión, error o equivocación en procesos clínicos. Retiro de dispositivos antes de tiempo indicado.
- n) Rapto o robo de recién nacido.
- o) Muerte Materna
- p) Desaparición de paciente en el Hospital.
- q) Autoadministración de medicamentos por el paciente o familiar.
- r) Retraso, alargamiento o diferimiento de cirugía atribuibles a proveedor.
- s) Úlcera por presión.
- t) Incidente relacionado a Dispositivos y/o equipos médicos.

**4.- Describe brevemente lo ocurrido y las acciones correctivos si las hubo:**

**5.-Marca lo siguiente si el incidente fue relacionado por errores en la medicación. Incluido la administración de líquidos intravenosos, anestesia y sedación:**

- Paciente equivocado
- Medicamento Incorrecto
- Error en la dosis o frecuencia de administración
- Vía de administración equivocada
- Error en la presentación
- Contraindicación en la medicación
- Omisión de medicamento ó dosis
- Medicamento caducado
- Reacción adversa al medicamento
- Velocidad de la administración incorrecta

**6.-Marca lo siguiente si el incidente es relacionado a dispositivos o equipo médico.**

- Presentación ó empaque inadecuado
- Falta de disponibilidad
- Inapropiado para la tarea
- Sucio/No estéril
- Falla/ mal funcionamiento
- Desconexión/mala conexión/Separación
- Error de usuario
- Caducados

I. Se le proporcionó información al paciente o a su familia relacionada con el evento?

SI  NO

II. Quién la proporcionó?

**ANÓNIMO**

**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA  
DE QUIEN o QUIENES NOTIFICAN EL EVENTO (Opcional)**