HOSPITAL BSE

CENTRO DE ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN

REPORTE DE INCIDENTES QUE AFECTAN A PERSONAS

Este reporte es **CONFIDENCIAL** y puede ser anónimo. Llene este formulario con letra imprenta legible, o en forma electrónica.

En caso que considere que se encuentra frente a un hecho grave no complete este formulario, solicite el formulario 3344 de reporte de hechos graves y complete el mismo.

DATOS DE LA PERSONA INVOLUCRADA

Paciente ☐ Personal ☐ Otro ☐

Apellido _____ Nombre _____ Cédula _____

Dirección (si no está internado) _____ Teléfono _____

E-mail _____ Edad _____

Fecha del incidente ☐☐☐ Hora ☐ am ☐ pm ☐ Generó lesión Sí ☐ No ☐

LUGAR DE OCURRENCIA DEL INCIDENTE

Piso 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Sector

Escaleras ☐	Internación ☐	Laboratorio ☐	Proveeduría ☐	Ascensores ☐	Otros (especifique)
Policlínica ☐	Imagenología ☐	Lavadero ☐	Hospedaje ☐	Emergencia ☐	
Farmacia ☐	Cocina ☐	Biblioteca ☐	Block quirúrgico ☐	Gimnasios ☐	
Talleres de mantenimiento ☐	Cafetería ☐	Central de esterilización ☐	Piscina ☐	Predio externo ☐	

BREVE DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO

_____

_____

_____

_____

DE NOMBRES DE LOS TESTIGOS (INCLUYA OTROS PACIENTES DE LA HABITACIÓN, SI CORRESPONDE):

_____

TIPOS DE INCIDENTES

Caída

De cama a piso ☐ Con barandas ☐ De sillón a piso ☐

En baño ☐ En ducha ☐ Deambulando en corredor ☐

Deambulando en sala ☐ Durante transferencia ☐ De mesa quirúrgica piso ☐

Otros (especifique) _____

_____

Medicación

Reacción adversa a los medicamentos (RAM) ☐

Error de prescripción ☐ Error de dispensación ☐

Medicación demorada ☐ Dosis incorrecta ☐

Droga incorrecta ☐ Vía incorrecta ☐ Registro incorrecto ☐

Lugar incorrecto ☐ Dilución incorrecta ☐

Otros (especifique) _____

Traslados de pacientes

Demorado ☐ Inesperado ☐ Fuera de horario ☐

Accesos vasculares

Retiro accidental ☐ No permeabilidad ☐

Tromboflebitis ☐ Otros

Asignación de cama

Cama incorrecta ☐ Aislamiento incorrecto ☐

Incumplimiento de protocolos

Aislamiento ☐ Elementos de protección personal ☐

Medidas de contención ☐

Otros

UPP Úlceras Por Presión

Internación HBSE ☐ Internación CTI/CI ☐ Durante traslado ☐

Otros dispositivos de la persona

Sonda vesical ☐ Drenaje ☐ Vac ☐

Otros

Alimentación

Incumplimiento ayuno ☐ Ayuno prolongado ☐ Dieta incorrecta ☐

Otros

Uso o posesión de sustancias ilegales o legales sin autorización ☐

Posesión de armas sin autorización ☐ Fuga ☐ Suicidio ☐

Agresión y/o violencia ☐ Intento de suicidio ☐ Negligencia ☐

Deambulación ☐

CONDICIÓN PREVIA AL INCIDENTE

Diagnóstico principal (si es paciente)

Estado General de la Persona Previo al Evento

Lúcido ☐ Desorientado ☐ Inquieto/Excitado ☐

Déficit visual Sí ☐ No ☐ Acompañado Sí ☐ No ☐

Otros datos relevantes

Alteración de la Movilidad Previo al Evento

Sin alteración ☐ Amputado Msup ☐ Minf ☐ Plejia de MM ☐

Debilidad muscular ☐ Inestabilidad ☐ Dispositivo de Apoyo ☐

Andador ☐ Muletas ☐ Bastones ☐

Medicación las últimas 24 horas

Sedantes ☐ Hipotensores/Diuréticos ☐ Anti Depresivos ☐ Anti Parkinsonianos ☐ Anti Coagulantes ☐ Otros ☐

VALORACIÓN INMEDIATA AL INCIDENTE

Fue notificado el médico Sí ☐ No ☐ En caso de ser afirmativo, Hora ____ am ☐ pm ☐ Fecha ____

Nombre del Médico

Vía de comunicación

Se registró en historia clínica el incidente (si es paciente) Sí ☐ No ☐

Valoración inmediata:

Lúcido ☐ Confuso ☐ Poco reactivo ☐

Pérdida de conocimiento ☐

Traslado a otro centro:

Requirió estudios Sí ☐ No ☐ Radiografía ☐ Tomografía ☐

Estudios sanguíneos ☐ Intervenciones quirúrgicas ☐

DATOS DE LA PERSONA QUE REPORTA (OPCIONAL)

Apellido Nombre Cédula

Teléfono o correo electrónico de contacto

Fecha ____ Hora ____ am ☐ pm ☐ Personal del Hospital Sí ☐ No ☐