



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUTAENDO
CESFAM VALLE DE LOS LIBERTADORES
COMITÉ DE CALIDAD
CMS

Registro de Notificación de Evento adverso y Eventos Centinelas

Identificación del caso:

Datos del usuario involucrado: Edad: _____ Género: M F
Nombre: _____ Rut: _____
Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Agentes Involucrados: _____
(Dispositivos, medicamentos, personas, Etc) _____

Tipo de Evento: Evento Adverso Evento Centinela Incidente

__ Reacción alérgica por prescripción y dispensación de fármaco en paciente con antecedentes de alergia previa.
__ Fractura de Aguja
__ Aspiración o Deglución de cuerpo extraño.
__ Fractura de instrumental endodóntico.
__ Error de medicación
__ Error en la dispensación de Fármacos.
__ Caída de usuario al ser trasladado o dentro de las dependencias del establecimiento.
__ Lesión producida por dispositivo médico a usuario o funcionario no asociada a uso anormal.

__ Descompensación de patología de base del paciente por prescripción errónea debido a la no conciliación de la medicación
__ Extravío de muestras o resultados de biopsia o muestras citológicas.
__ Exodoncia de pieza incorrecta.
__ Muerte inesperada de usuario dentro del establecimiento.

__ Otro: _____

Descripción del evento:

Resultado del evento:

Medidas Inmediatas realizadas:

Notificado por: _____ Fecha de Notificación: _____