

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília

Formulário HCFAMEMA

NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE

Código: HCF-NSRP-FOR-6

Revisão: 0

Notificação nº/ano:

Nome do paciente:		Unidade/Setor:	
Nº prontuário:	Horário do ocorrido:	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
<input type="checkbox"/> Tecnovigilância	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância	<input type="checkbox"/> Hemovigilância	<input type="checkbox"/> Saneantes
Local de Ocorrência:		Data:	
Produto:		Fabricante:	
Nº de Série/Lote:		Nº de Registro no M.S.:	
Data de Fabricação:		Data de Validade:	

OBS: Anexar documentos pertinentes à reclamação (rótulo/embalagem, fotos, etc)

Não Conformidade de Processo – não relacionado à assistência

Circunstância de Risco Quase Erro Evento Adverso Leve Grave

Incidente sem Dano Moderado Óbito

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA (descrever minuciosamente tudo o que estiver envolvido com o evento)

AÇÕES IMEDIATAS/CONDUTA MÉDICA (realizadas no momento da ocorrência)

SUGESTÕES DE MELHORIA

<p>_____</p> <p>Notificador / Carimbo</p> <p>Fique à vontade caso não queira se identificar!</p>	<p>_____</p> <p>Núcleo de Gestão de Segurança e Risco do Paciente ou Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade / Carimbo</p>
---	--

Após o preenchimento, o formulário deverá ser encaminhado ao Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente e/ou Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade (Ramal 1681/1721) ou encaminhar por e-mail: ngsrp@hcfamema.sp.gov.br ou processosqualidade@hcfamema.sp.gov.br

**PREENCHIMENTO PELO NÚCLEO DE GESTÃO DE SEGURANÇA E RISCO DO PACIENTE /
NÚCLEO DE GESTÃO DE PROCESSOS E QUALIDADE**

Data do recebimento:

ANÁLISE DAS CAUSAS (Diagrama de Ishikawa)

Método

(As tarefas estão sendo feitas de forma adequada ou não? Conforme padronizado?)

Material

(Como a qualidade e o tipo dos materiais utilizados influenciam o problema?)

Mão de obra

(Como as pessoas envolvidas na atividade influenciam o problema?)

Máquinas

(Como os equipamentos utilizados no processo influenciam o problema?)

Medidas

(Como as métricas utilizadas para medir o desenvolvimento da atividade influenciam o problema?)

Meio ambiente

(Como o meio em que a atividade está sendo desenvolvida influencia o problema?)

AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS (para evitar novas ocorrências)

Ação 1:

Prazo:

Setor:

Responsável:

Data de conclusão:

Ação 2:

Prazo:

Setor:

Responsável:

Data de conclusão:

Ação 3:

Prazo:

Setor:

Responsável:

Data de conclusão:

Ação 4:

Prazo:

Setor:

Responsável:

Data de conclusão:

**PARECER DO NÚCLEO DE GESTÃO DE SEGURANÇA E DE RISCO DO PACIENTE/
NÚCLEO DE GESTÃO DE PROCESSOS E QUALIDADE**

Data:

Assinatura/Carimbo: