Objetivo: Identificar analizar el comportamiento de los eventos adverso inherente a la prestación de servicios, con el fin de mitigar el impacto en el usuario, familia e institución.

FECHA DEL REPORTE: DD/MM/AAAA	**HORA:** HH:MM	**SERVICIO:**
FECHA Y HORA DE LA OCURRENCIA: DD/MM/AAAA – HH:MM		

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES:	**APELLIDOS:**
EDAD:	**TIPO IDENTIFICACIÓN:** CC /TI / RC / CE / OTRO — **NO. IDENTIFICACION:**
SEXO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐	
DIAGNOSTICO:	**NO. DE CAMA** (SI APLICA)
TIPO DE EPS:	**NOMBRE DE LA EPS:**

ESTADO DE CONCIENCIA ANTES DEL INCIDENTE

ORIENTADO	
DESORIENTADO	
SEDADO	
BAJO ANESTESIA	
INCONCIENTE	

TIPO DE INCIDENTE

CAIDA		MEDIICAMENTO INACUADO	
INFECCION NOSOCOMIAL		ASOCIADO AL CUIDADO DE LA SALUD	
PACIENTE EQUIVOCADO		ASOCIADO A INTERVENCION DEL PARTO.	
PROCEDIMIENTO INADECUADO		RELACIONADO AL DIAGNOSTICO	
FUGA		OTRO	

CLASE DE EVENTO

EVENTO PREVENIBLE	
EVENTO NO PREVENIBLE	

PARTE DEL CUERPO AFECTADA

CABEZA		CARA	
TRONCO		DIENTES	
MIEMBRO SUPERIOR			
MIEMBRO INFERIOR			

SI EL INCIDENTE ES ASOCIADO A MEDICAMENTO, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION

ERROR EN TRANSCRIPCION		DOSIS MAYOR		MEDICAMENTO EQUIVOCADO	
ERROR EN PRESCRIPCION		DOSIS MENOR		FRECUENCIA EQUIVOCADA	
ERROR EN PREPARACION		OMISION DE DOSIS		VIA EQUIVOCADA	
ERROR EN ADMINISTRACION		PACIENTE EQUIVOCADO		REACCION ALERGICA	
				FLEBITIS	

DESCRIPCION DEL EVENTO

ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS
FACTORES CONTRIBUTIVOS
PERSONAL IMPLICADO
FECHA DEL REPORTE:
HORA DEL REPORTE:
JEFE DE TURNO:
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: