

FORMATO**NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
CONFIDENCIAL**

Nº de notificación :						Fecha : / /				
I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE :										
Iniciales del paciente:								Edad		
Historia clínica y/o DNI :				Sexo	F ()		M ()			
Diagnóstico principal o CIE10:										
II. DATOS DEL DISPOSITIVO MÉDICO (DM)										
Nombre común										
Nombre comercial y/o marca										
Registro sanitario		Lote		Modelo						
Serie		Fecha de fabricación		Fecha de expiración						
Nombre del sitio de fabricación								País		
Nombre del fabricante								País		
Nombre del importador y/o distribuidor										
Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez						SI ()		NO ()		
III. DATOS DE LA SOSPECHA DE INCIDENTE ADVERSO										
1. Detección de la temporalidad del incidente adverso:										
Antes del uso del DM ()			Durante el uso del DM ()			Después del uso del DM ()				
Área y/o servicio donde se produjo el incidente adverso:										
2. Tipo de afectado:										
Paciente ()			Operario ()			Otros (especificar)				
3. Descripción de la sospecha del incidente adverso										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
.....										
4. Clasificación de la sospecha del incidente adverso										
			Leve ()				Moderado ()		Grave ()	
5. Consecuencia :										
Muerte ()		Lesión permanente ()		Lesión temporal ()		Requiere intervención quirúrgica ()				
Produjo o prolongó su hospitalización ()				No tuvo consecuencias ()						
Otros (especificar)										
6. Causa probable										
Mala calidad ()		Error de uso ()		Condiciones de almacenamiento ()			Mantenimiento ()			
Ambiente inapropiado ()		Condición del paciente ()		Otros (especificar)						
7. Acciones correctivas y preventivas iniciadas										
.....										
IV. DATOS DEL NOTIFICADOR										
Nombre y apellidos:										
Profesión/ocupación:				Teléfono			e-mail			
V. LUGAR DONDE SE PRESENTO EL INCIDENTE ADVERSO										
Nombre de la institución/organismo/centro de trabajo:										
Dirección:				Ciudad			Región			
				e-mail			Teléfono			

* Todos los datos del reporte deben ser llenados conforme el instructivo

INSTRUCTIVO PARA COMPLETAR EL FORMATO DE NOTIFICACIÓN DE SOSPECHAS DE INCIDENTES ADVERSOS A DISPOSITIVOS MÉDICOS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

COMO NOTIFICAR

- Llene el formato de notificación con letra legible, de ser posible con letra de imprenta.
- Utilice el formato para cada reporte.
- Utilice papel adicional si es necesario.
- Complete, dentro de lo posible, toda la información que contempla la notificación.

COMO LLENAR EL FORMATO

- **Número de notificación:** Colocar el número a la notificación según el correlativo correspondiente.
- **Fecha:** La fecha en que ocurrió el incidente adverso Datos imprescindibles.

PARTES DEL FORMATO

I. Identificación del paciente (consignar)

1. Iniciales del paciente Datos imprescindibles.
2. Edad y sexo del paciente. Datos imprescindibles.
3. Historia clínica y/o DNI. Si corresponde y se cuente con la información.
4. Diagnostico principal o CIE10. Si corresponde y se cuente con la información.

II. Datos del dispositivo médico (consignar):

1. Nombre común del dispositivo médico que se sospecha ocasionó el incidente adverso (consigne toda la información que se encuentre en el rotulado por ejemplo seda negra trenzada 10/0 con doble aguja 3/8 circulo espatulada de 6.4 mm). Dato imprescindible.
2. Nombre comercial y/o marca Si corresponde y se cuente con la información.
3. Nº de registro sanitario y lote. Datos imprescindibles.
4. Modelo, serie y fecha de fabricación del dispositivo médico Si corresponde y se cuente con la información.
5. Fecha de expiración Dato imprescindible.
6. Nombre del sitio de fabricación y el país Si corresponde y se cuente con la información.
7. Nombre del fabricante y el país Si corresponde y se cuente con la información.
8. Nombre del importador y/o distribuidor Si corresponde y se cuente con la información.
9. Indique si el dispositivo médico de un solo uso ha sido utilizado más de una vez SI / NO Si corresponde y se cuente con la información.

III. Datos de la sospecha de incidente adverso

1. **Detección de la temporalidad del incidente adverso**
Marcar: Antes del uso /durante el uso/después del uso del DM. Datos imprescindibles
2. **Tipo de afectado.** Marcar: Paciente /operario / otros (consignar en esta parte si no hubo afectado u otro que usted considere). Datos imprescindibles
3. **Descripción de la sospecha de incidente adverso**
Explicar mínimamente: El problema que presentó el dispositivo médico y si hubo consecuencias en el paciente. Datos imprescindibles

4. **Clasificación del incidente adverso** Marcar: Level/ moderado / grave Datos imprescindibles.

5. **Consecuencia:** Marcar: Muerte /lesión permanente/ lesión temporal/ requiere intervención quirúrgica/ produjo o prolongó su hospitalización / no tuvo consecuencias/ otros (especificar) Datos imprescindibles

6. **Causa probable.** Marcar la causa probable que considere. Datos imprescindibles

Mala calidad: Incluye todos los problemas de calidad referidos al dispositivo médico (error de diseño, error de fabricación, error de empaquetado, etc.)

Error de uso: Un acto u omisión de un acto por parte del usuario u operador del dispositivo médico, que tiene un resultado diferente al previsto por el fabricante o esperado por el operador causando una falla en el dispositivo.

Condiciones de almacenamiento: Condiciones de almacenamiento del dispositivo médico que no se cumplieron (temperatura, humedad, exposición a la luz inapropiada), dando como resultado una falla del dispositivo médico; es decir cuando no se cumplió las buenas prácticas de almacenamiento.

Mantenimiento: Mantenimiento rutinario o periódico inadecuado, que causa mal funcionamiento o falla de un dispositivo médico o componente, excluyendo causas de diseño.

Ambiente inapropiado: Uso de un ambiente que produce la falla o mal funcionamiento de un dispositivo médico.

Condición del paciente: Hace referencia una serie de características propias del paciente que conducen a una falla o desempeño deficiente del dispositivo médico por ejemplo, tornillo de un implante se desprende debido a osteoporosis.

Otros (especificar): Mencionar otra causa detectada durante la investigación realizada del incidente adverso.

7. Acciones correctivas y preventivas iniciadas

Escriba las acciones correctivas y preventivas planteadas para contrarrestar el incidente adverso. Datos imprescindibles

IV. Datos del notificador (consignar):

1. Nombre y apellidos de la persona que notifica la sospecha de incidente adverso. Datos imprescindibles.
2. Profesión/ocupación. Dato imprescindible
3. Teléfono y e-mail del notificador Datos imprescindibles

V. Lugar donde se presentó el incidente adverso (consignar):

1. Nombre de la institución/ organismo/centro de trabajo al que pertenece el reporte. Dato imprescindible
2. Dirección, ciudad, región, e-mail y teléfono. si corresponde y se cuente con la información