

Notificación de incidentes de seguridad de las personas atendidas

PARTE 1: a cumplimentar por el notificante

1. DATOS DEL INCIDENTE

Cuándo:

Por favor, indíquenos la fecha y la hora en la que se produjo el incidente.

Fecha	
Hora	

Dónde ocurrió:

A continuación, seleccione el centro o lugar donde se produjo el incidente.

Tipo de centro	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centros rehabilitación <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Centro de día <input type="checkbox"/> Domicilio persona <input type="checkbox"/> Otros: (especificar)
----------------	--

Describa qué ocurrió:

ESTA INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE: Describa la relación cronológica de los hechos y los resultados del suceso (que pasó, cómo se produjo, qué personas estuvieron implicadas, qué medidas se tomaron en el momento, cómo se descubrió, etc.)

De forma complementaria sería interesante que indicase las categorías que estén más relacionadas con el suceso (multiopción):

2. RESULTADOS EN LA PERSONA:

- **Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron a la persona:** circunstancia o incidente que podría haber causado un daño pero no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de llegar a la persona
- **Incidentes sin daño:** incidentes que no llegaron a causar daño (aunque sí que llegaron a la persona)
- **Eventos adversos:** aquellos que han producido daño a la persona

¿Podría indicarnos el tipo de daño que causó el suceso en la persona?	<input type="checkbox"/> Incidentes relacionados con la seguridad que no llegaron a la persona <input type="checkbox"/> El incidente llegó a la persona, pero no le causó daños (Incidente sin daño) <input type="checkbox"/> El incidente llegó a la persona y le causó daños (Evento adverso)
Daño	<p>(solo si la opción seleccionada es: Incidente que llevo a la persona)</p> <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó intervención <input type="checkbox"/> Causó daño temporal y precisó o prologó hospitalización <input type="checkbox"/> Causó daño permanente <input type="checkbox"/> Comprometió la vida de la persona y precisó intervención para mantener su vida <input type="checkbox"/> Contribuyó o causó la muerte del a persona

3. FACTORES CONTRIBUYENTES

En tu opinión ¿Cuáles crees que son las causas que originaron el suceso?

Por favor describa con tanto detalle como sea posible cuales piensa usted que fueron las causas que pudieron contribuir al suceso:

--

De forma complementaria sería interesante que indicase las categorías relacionadas con los factores contribuyentes:

4. MEDIDAS DE REDUCCIÓN DEL RIESGOS

Por favor, en su opinión ¿medidas aconsejaría para prevenir y evitar que pasen incidentes similares en un futuro?

--

5. Datos persona notificante:

En caso de querer recibir una respuesta, indíquenos sus datos:

Nombre del notificante	
Dirección de email	
Teléfono	

En caso de querer recibir una respuesta, indícanos cual sería la vía de comunicación elegida:

<input type="checkbox"/> Email
<input type="checkbox"/> Telefónica
<input type="checkbox"/> En persona

¿Podemos ponernos en contacto contigo por si necesitáramos ampliar información en la investigación? **SÍ** **NO**

6. Comentarios:

A continuación, puede realizar cualquier comentario adicional que considere necesario:

--