

Notificación de incidentes de seguridad de la personas atendidas

PARTE 1: a cumplimentar por el notificante

1. DATOS DEL INCIDENTE

Cuándo:

Por favor, indiquenos 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	Hospital Centros rehabilitación Residencia Centro de día Domicilio persona Otros: (especificar)				
Nombre del centro	Hospital Ricardo Bermingham RHB Bermingham RHB Amara RHB Hernani RHB Lasarte RHB Sagastieder RHB Amara RHB Usandizaga Unidad Residencial Bermingham Rezola Fraisoro Elizaran Iza Otezuri Argixao Lamourous Petra Lekuona Usurbil		Beasain CD Ordizia CD Rezola CD Fraisoro CD Elizaran CD Argixao CD Lamourous CD Bermingham CD Otros: (especificar)		
Área principal donde ocurrieron los hechos	Para Hospital: <ul style="list-style-type: none"> Farmacia Radiología Gimnasio de ingresados Admisión Laboratorio Consultas Habitación Baño Pasillo Sala común Despachos Control enfermería Transporte Escaleras Terraza Ascensores Otros: (especificar) 	Para Centro Rehabilitación: <ul style="list-style-type: none"> Zona de espera Recepción Vestuario Despacho Zona tratamientos Piscina Transporte Escaleras Ascensores Otros: (especificar) 	Para Residencias: <ul style="list-style-type: none"> Zona de entrada Recepción Habitación Baño Pasillo Sala común Comedor Despacho Control enfermería Transporte Escaleras Terrazas Ascensores Otros: (especificar) 	Para Centro de día: <ul style="list-style-type: none"> Zona de entrada Baño Pasillo Sala de estar Comedor Despacho Transporte Escaleras Terraza Ascensores Otros: (especificar) 	Para domicilio: <ul style="list-style-type: none"> Zona de entrada Baño Pasillo Sala de estar Cocina-Comedor Escaleras Terraza Ascensores 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):

- Identificación de la persona
- Transporte/traslados
- Comunicación
- Pruebas diagnósticas
- Incidente relacionado con el diagnóstico
- Procedimientos terapéuticos
- Retrasos o tiempos inadecuados
- Documentación
- Infección asociada a la asistencia sanitaria
- Medicación
 - Medicamento erróneo
 - Omisión de dosis o de medicamento
 - Dosis incorrecta
 - Frecuencia de administración errónea
 - Forma farmacéutica errónea
 - Errores de preparación/manipulación
 - Técnica o vía de administración incorrecta
 - Hora de administración errónea
 - Paciente equivocado
 - Duración del tratamiento incorrecta
 - Medicamento deteriorado
 - Falta de cumplimiento por la propia persona
- Sangre y productos sanguíneos
- Dieta-alimentación
- Atragantamiento
- Caídas
 - Caída desde la cama
 - Caída caminando
 - Caída al levantarse/acostarse en la cama, al levantarse /sentarse
 - Caída al movilizarle
 - Caída no visualizada
- Fuga/ pérdida
- Comportamiento agitado/agresivo
- Comportamiento autoagresivo de la persona
- Oxígeno
- Equipos/dispositivos
- Infraestructura/edificio
- Mobiliario
- Otros : (especificar: texto libre)

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

Clasificaciones incidentes	<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 llegó 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:

Relacionados con Paciente	<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo/demencia <input type="checkbox"/> Desorientación confusión <input type="checkbox"/> Dificultad comprensión/comunicación <input type="checkbox"/> Trastornos de conducta/comportamiento <input type="checkbox"/> Problemas relacionados con la movilidad, equilibrio <input type="checkbox"/> Problemas de agudeza visual <input type="checkbox"/> Calzado inadecuado <input type="checkbox"/> Otros	
Relacionados con Profesionales	<input type="checkbox"/> Despistes <input type="checkbox"/> Presión asistencial <input type="checkbox"/> Falta de formación <input type="checkbox"/> Deficiente asimilación o interpretación de órdenes o instrucciones recibidas. <input type="checkbox"/> Incumplimiento de órdenes expresas de trabajo o instrucciones a seguir <input type="checkbox"/> No utilización de equipos de protección individual <input type="checkbox"/> Uso indebido de herramientas o equipos de trabajo <input type="checkbox"/> Otros	
Relacionados con Equipos o Materiales de trabajo	<input type="checkbox"/> Equipos de trabajo o material insuficiente <input type="checkbox"/> Dificultad de uso <input type="checkbox"/> Equipos o materiales en mal estado <input type="checkbox"/> Otros	
Relacionados con Infraestructura o Espacio ambiental	<input type="checkbox"/> Mantenimiento inexistente o inadecuado <input type="checkbox"/> Dificultad de movimiento en el espacio <input type="checkbox"/> Suelo mojado o resbaladizo <input type="checkbox"/> Mala iluminación <input type="checkbox"/> Infraestructura en mal estado <input type="checkbox"/> Otros	
Relacionados con Organización	<input type="checkbox"/> Simultaneidad de actividades por el mismo trabajador <input type="checkbox"/> Tarea extraordinaria/inhabitual para el trabajador <input type="checkbox"/> Urgencia de tiempo/ritmo de trabajo elevado <input type="checkbox"/> Método de trabajo inadecuado <input type="checkbox"/> Instrucciones inexistentes, confusas, contradictorias o insuficientes <input type="checkbox"/> Deficiencias en el sistema de comunicación	

