

**MODELO DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS
CON EQUIPOS MÉDICOS.**



Para uso exclusivo del CECMED	
1. No. Orden: _____ 2. Código: _____ 3. Fecha de recibido: _____ 4. Nivel de prioridad: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/>	
5. No. Registro _____ 6. Clase Riesgo _____ 7. Tipo equipo _____ 8. Salidas: Alertas, Informes, Cartas.	
9. Fuentes de Información: SNS , OMS, OPS, UATS, INFOMED, ECRI, FDA, ANVISA, INVIMA, MDB, OTRAS	
I. Datos de la persona que reporta	
1. Nombre: 2. E-mail: 3. Teléfono: 4. Profesional de la Salud:	II. Ubicación del evento
1. Provincia: 2. Municipio: 3. Localidad : 4. Institución: 5. Tipos de Institución: 6. Servicio: 7. Nivel de Atención :	
III. Evento Adverso	
1. Descripción del evento:	
2. Fecha del evento: ___/___/___ 3. Fecha de este reporte: ___/___/___ 4. Tipo de Afectado: a) Paciente b) Operador <input type="checkbox"/> c) Otro <input type="checkbox"/>	6. Consecuencias: a) Muerte. b) Peligro para la vida c) Lesión permanente <input type="checkbox"/> d) Lesión temporal <input type="checkbox"/> e) Requiere intervención quirúrgica y/o medica para prevenir lesiones temporales y/o permanentes f) No Hubo <input type="checkbox"/> g) Otras <input type="checkbox"/>
5. Causas: Error de fabricación <input type="checkbox"/> Deterioro del equipo médico <input type="checkbox"/> Error de diseño <input type="checkbox"/> Error de Usuario <input type="checkbox"/> Fallos al azar <input type="checkbox"/> Esterilización <input type="checkbox"/> Factores externos <input type="checkbox"/> Reacción Adversa <input type="checkbox"/> Mala calidad <input type="checkbox"/> No determinada <input type="checkbox"/>	
IV. Datos del Equipo	
1. Denominación del equipo: 2. Fabricante: 3. Suministrador: 4. Marca: 5. Modelo: 6. Versión Software: 7. No. de Serie: 8. No. de lote	9. Fecha de instalado: ___/___/___ 10. Fecha de vencimiento: ___/___/___ 11. Es un implantable: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 12. Es un desechable: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 12.1 No. veces que se ha reusado _____