



INCIDENTE / ACIDENTE / ACONTECIMENTO PERIGOSO

1. Declarante Preenchimento Facultativo Nome: Telefone:		2. Vítima <input type="checkbox"/> Doente <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Nenhuma Nome:		
Reservado aos Profissionais do Centro Hospitalar Serviço: Função:				
Acontecimento: Data: _____ Hora: _____ Local: _____				
A preencher pelo DECLARANTE	3. O que é que aconteceu? Pôr uma cruz no quadrado mais adequado à descrição do acontecimento (seleccionar só um)			
	A. <u>Segurança das pessoas e dos bens:</u> <input type="checkbox"/> Acidente de exposição a sangue <input type="checkbox"/> Acidente de exposição a radiação ionizante <input type="checkbox"/> Acidente eléctrico <input type="checkbox"/> Exposição a um produto tóxico <input type="checkbox"/> Falha na aplicação das regras de segurança <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Intrusão <input type="checkbox"/> Não respeito duma regra de higiene <input type="checkbox"/> Perda, roubo <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Queimadura, corte, picada <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio/suicídio <input type="checkbox"/> Vandalismo <input type="checkbox"/> Fumo do Tabaco <input type="checkbox"/> Outro	C. <u>Hotelaria e logística</u> <input type="checkbox"/> Falha de stock dos produtos (alimentar ou outros) <input type="checkbox"/> Refeição não conforme <input type="checkbox"/> Falha na triagem dos resíduos <input type="checkbox"/> Falha na limpeza dum local <input type="checkbox"/> Falha na triagem da roupa <input type="checkbox"/> Quantidade de roupa insuficiente <input type="checkbox"/> Roupa Danificada <input type="checkbox"/> Roupa Suja <input type="checkbox"/> Outro	D. <u>Sistema de informação</u> <input type="checkbox"/> Sinalética deficiente <input type="checkbox"/> outro	
	B. <u>Materiais e local</u> <input type="checkbox"/> Avaria de elevadores <input type="checkbox"/> Equipamento radiológico e/ou fontes seladas (avaria/mau funcionamento/disfunção). <input type="checkbox"/> Dano de material <input type="checkbox"/> Disfunção do sistema de alarme <input type="checkbox"/> Disfunção grave do sistema informático <input type="checkbox"/> Disfunção repetida dum material médico <input type="checkbox"/> Equipamento avariado ou em mau estado <input type="checkbox"/> Falha da manutenção <input type="checkbox"/> Falha eléctrica <input type="checkbox"/> Início de fogo <input type="checkbox"/> Inundação <input type="checkbox"/> Local perigoso <input type="checkbox"/> Material ou instalação perigosos <input type="checkbox"/> Derrame de material perigoso <input type="checkbox"/> Obstrução das saídas de segurança <input type="checkbox"/> Temperatura do ar/da água inadequada <input type="checkbox"/> Outro			

A preencher pelo DECLARANTE	4. <u>Relatório do Acontecimento:</u>	
	5. <u>Gravidade aparente:</u> <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Risco grave	6. <u>Consequência imediata:</u> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Dano corporal <input type="checkbox"/> Dano material <input type="checkbox"/> Outro
Depois de concluído o preenchimento deste formulário, por favor, colocar nas caixas indicadas para o efeito ou entregar ao funcionário administrativo. Obrigado!		

<u>Reservado ao preenchimento pelo Serviço de Gestão da Qualidade</u>	
<u>Análise e Seguimento</u> (Gestor da Qualidade):	
<input type="checkbox"/> Comunicado aos Responsáveis do(s) Serviço(s) _____, Nomes: _____	
Data: ____/____/____	Assinatura: _____