|  |  |
| --- | --- |
|  | **ESE HOSPITAL LA INMACULADA** |
| "Salud Con Amor Y Respeto Por El Ser Humano"NIT 890.981.817-8 |
| **PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA** |
| **Formato de Reporte Interno** |

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE** |
| INICIALES PACIENTE |   | EDAD |
| SEXO |
|  |   |   |   |
| **2. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO - INCIDENTE ADVERSO** |
| FECHA  |
| DIAGNOSTICO: |
| DESENLACE(S) QUE APLIQUEN |
| ( ) MUERTE |
| ( ) ENFERMEDAD O DAÑO QUE AMENACE LA VIDA |
| ( ) HOSPITALIZACION |
| ( ) DAÑO DE UNA FUNCION O ESTRUCTURA FUNCIONAL |
| ( )INTERVENCION MEDICA O QUIRURGICA |
| ( ) OTRO, CUAL: |
| DESCRIPCION |
| Evento Adverso \_\_\_\_ | Incidente Adverso \_\_\_\_ |
|  |  |

|  |
| --- |
| **3. INFORMACION DEL DISPOSITIVO MEDICO INVOLUCRADO** |
|
| NOMBRE DEL DISPOSITIVO MEDICO |
|   |
| NOMBRE COMERCIAL DEL DISPOSITIVO MEDICO |
|   |
| FABRICANTE | NUMERO DE LOTE |
|   |   |
| MODELO/REFERENCIA | VERSION DEL SOFTWARE |
|   |   |
| REGISTRO SANITARIO | ¿SE LE REPORTÓ AL FABRICANTE? |
|   | SI | NO |
| DISTRIBUIDOR O IMPORTADOR |
|   |
| AREA DE FUNCIONAMIENTO DEL DIPOSITIVO MEDICO |
|   |
|   |
| **4. INFORMACION ADICIONAL** |
| Acciones correctivas, características físicas del dispositivo, cualquier otra condición física o patológica del paciente que considere importante |
|
|
|   |
|
|
|
|
|
|   |   |   |   |
| **5. IDENTIFICACIÓN DEL REPORTANTE** |
| NOMBRE DEL REPORTANTE |
|   |
| CARGO |
|   |
| TELEFONO |
|   |
| CORREO ELECTRONICO |
|   |