|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 | | | |
|  | | | |