



CBP/MMS/vco



RESOLUCION EXENTA N°12347

PUNTA ARENAS, 16 de noviembre de 2017

VISTOS: El D.F.L. N° 1 de 2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. 2763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; D.S. N° 38, de 2005, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos Autogestionados en Red; D.S. N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que aprobó el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud del país; Res. N° 1600/08 de Contraloría General de la República; Resolución Afecta N° 3.991 del 28 de abril de 2017 de la Dirección del Servicio de Salud Magallanes y,

CONSIDERANDO

1. Que, en virtud del Decreto N° 18 de Salud, publicado en marzo del 2009, que aprueba los Estándares Generales del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud, se actualizó y formalizó el documento "Sistema de Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y Centinelas", bajo Resolución Exenta N°8402/12.09.2016.

2. Que, el documento "Sistema de Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y centinelas", en sus páginas 16 y 17 contiene los Anexos 1 y 2 sobre formularios de "Notificación de Evento adverso/centinela" y "Notificación de Caídas", respectivamente.

3. Que, se ha hecho necesarios actualizar los referidos formularios, a fin de facilitar su manejo y análisis, por lo cual dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **MODIFICASE** en el documento "Sistema de Vigilancia y Notificación de Eventos Adversos y Centinelas", aprobado por Resolución Exenta N°8402/12.09.2016, el Anexo 1 "Notificación de evento adverso/centinela" y Anexo 2 "Notificación de Caídas", correspondiente a la página 16-17, por los siguientes:

ANEXO N° 1

NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO/CENTINELA			
Identificación del notificante			
Nombre:		Cargo:	Fecha Notificación:
Notificación del evento			
Evento adverso <input type="checkbox"/>		Evento centinela <input type="checkbox"/>	Tipo Evento:
Fecha Ocurrencia:	Hora:	CR/Servicio:	
Identificación del paciente	Nombre:		Rut:
	Edad:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº Ubic. int.:
	Diagnóstico(s):		
Descripción del evento:			
Acciones Inmediatas:			
Se informa del evento a:			
Jefe Servicio <input type="checkbox"/>	Médico de Turno <input type="checkbox"/>	Jefe Turno UEH <input type="checkbox"/>	Médico Tratante <input type="checkbox"/>
Supervisor(a) <input type="checkbox"/>	Profesional de Turno <input type="checkbox"/>	E.U Jefe Turno UEH <input type="checkbox"/>	Paciente/Familiar <input type="checkbox"/>
Otro: _____			
Uso Departamento Calidad Asistencial			
Confirmación evento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Evento:			
Fecha recepción y hora:	Nombre y Firma Prof. Depto.	Nombre y Firma Jefe Depto.	

ANEXO N° 2

NOTIFICACIÓN DE CAÍDAS									
Identificación del Notificante									
Nombre:				Cargo:			Fecha Notificación:		
Identificación del paciente									
Nombre:				Rut:		Edad:		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Notificación del evento									
CR/Servicio:				Sala:	Fecha Ocurrencia:			Hora:	
Día de la semana:		Sin lesión <input type="checkbox"/>		Con lesión <input type="checkbox"/>		Cuál:		Localización:	
Evaluación Riesgo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Tipo de riesgo:					
Descripción breve de la caída									
Lugar de ocurrencia									
Habitación <input type="checkbox"/>		Baño <input type="checkbox"/>		Pasillo <input type="checkbox"/>		Escalera <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>	
Equipo mobiliario existente									
Cama		Existen barandas SI NO		Barandas arriba SI NO			Frenos SI NO		
Camilla		Existen barandas SI NO		Barandas arriba SI NO			Frenos SI NO		
Silla de ruedas								Frenos SI NO	
WC								Barras de apoyo SI NO	
Ducha								Barras de apoyo SI NO	
Otras medidas preventivas									
Timbre a la mano SI NO		Iluminación Suficiente SI NO			Espacio libre de riesgo SI NO				
Paciente Solo <input type="checkbox"/>				Paciente Acompañado <input type="checkbox"/>					
Momento de la ocurrencia de la caída									
Deambulando <input type="checkbox"/>		Cambio de posición <input type="checkbox"/>			Traslado silla/cama <input type="checkbox"/>				
Eliminación fisiológica (WC) <input type="checkbox"/>		Aseo <input type="checkbox"/>			Alcanzando objetos <input type="checkbox"/>				
Uso de medicamentos									
Opiáceos <input type="checkbox"/>		Antidepresivos <input type="checkbox"/>			Sedantes <input type="checkbox"/>				
Tranquilizantes <input type="checkbox"/>		Hipotensores <input type="checkbox"/>			Diuréticos <input type="checkbox"/>				
Historia de caídas previas									
Nunca <input type="checkbox"/>		Si, en domicilio <input type="checkbox"/>			Si, en Hospital <input type="checkbox"/>				
Estado de Conciencia									
Alerta <input type="checkbox"/>		Confuso <input type="checkbox"/>		Agitado <input type="checkbox"/>		Inconsciente <input type="checkbox"/>			
Alteración o Déficit sensorial									
Ninguna <input type="checkbox"/>		Audición disminuida <input type="checkbox"/>		Visión disminuida <input type="checkbox"/>		Alt. equilibrio <input type="checkbox"/>			
Movilidad									
Normal <input type="checkbox"/>		Restringida <input type="checkbox"/>		Usa ayuda técnica <input type="checkbox"/>		Postrado <input type="checkbox"/>			
Marcha									
Estable <input type="checkbox"/>		Con temblor <input type="checkbox"/>			Inestable <input type="checkbox"/>				
Uso Departamento Calidad Asistencial									
Fecha recepción y hora:			Nombre y Firma Prof. Depto.				Nombre y Firma Jefe Depto.		

2. Que, en lo no modificado por la presente resolución se mantiene inalterable lo dispuesto en la Resolución Exenta N°8402/12.09.2016.

3. El documento y la resolución respectiva, estarán disponible en formato PDF en la página web institucional <http://www.hospitalclinicomagallanes.cl>, y en el sistema de información SIS-Q. Los documentos originales estarán disponibles en la Dirección del Hospital y en el Dpto. de Calidad Asistencial.

AVISO SE COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.


DIRECTOR
CLAUDIO BARRÍA PEÑA
DIRECTOR (S)
HOSPITAL CLÍNICO DE MAGALLANES



Copia fiel a su original
MINISTRO DE FÉ

