|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA | NOMBRE DEL PACIENTE | INCIDENTE O EVENTO ADVERSO | CLASIFI-CACION | ACCION REALIZADA | RESPONSABLE DEL INFORME |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

CLASIFICACION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO A | TIPO B | TIPO C | TIPO D1 | TIPO D2 |
| Detectados antes | Error sin daño | Daño leve | Daño moderado | Daño severo |