

PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN

Adherido al Programa Internacional de Notificación de Errores de Medicación

Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos



ERROR DE MEDICACIÓN REAL

ERROR POTENCIAL

DESCRIPCIÓN DEL ERROR. Incluir la secuencia de los hechos, personal implicado y condiciones de trabajo (ej. durante el cambio de turno, plantilla reducida, Servicio de Farmacia no disponible las 24 horas). Si fuera necesario más espacio, adjuntar una segunda página. Si se considera oportuno, adjuntar copia de la prescripción médica, etiqueta o fotografía del medicamento o cualquier otro material que sea útil para documentar el error.

¿Fue la medicación administrada o usada por el paciente? No Sí Fecha y hora del incidente _____

Si el medicamento no fue administrado al paciente, describa la intervención que lo evitó _____

¿Quién intervino en el error? (ej. farmacéutico, ATS, médico, paciente) _____

¿Estuvo alguna otra persona implicada en el error? No Sí. Si la respuesta es Sí, ¿quién? _____

Escribir el desenlace (ej. muerte, tipo de lesión, efecto adverso) _____

¿Quién descubrió el error? _____

¿Cuándo y cómo fue descubierto? _____

¿Dónde ocurrió el error? (ej. hospital, residencia de ancianos, oficina de farmacia, domicilio del paciente) _____

DATOS DEL/DE LOS MEDICAMENTO/S implicado/s en el error.

	Medicamento 1	Medicamento 2
Nombre comercial	_____	_____
Principio/s activo/s	_____	_____
Laboratorio	_____	_____
Forma farmacéutica	_____	_____
Dosis o concentración	_____	_____
Tipo y tamaño del envase	_____	_____
Código nacional	_____	_____

DATOS DEL PACIENTE considerados de interés (ej. edad, sexo, diagnóstico, nº de medicamentos consumidos o administrados al paciente). No es necesario identificar al paciente.

¿Aconsejaría establecer alguna medida para prevenir este error? Si la respuesta es Sí, ¿Cuál/es?

¿Se han establecido normas o protocolos en el centro de trabajo para prevenir la repetición de éste o de otros errores similares? No Sí. Si la respuesta es Sí, ¿Cuál/es? (Si la Institución lo permite, adjuntar copia).

PERSONA QUE NOTIFICA:

Dirección:

Provincia:

Fecha:

Código Postal:

FIRMA:

Localidad:

Teléfono de contacto/e-mail:

Una copia de esta notificación será enviada, si procede, al Institute for Safe Medication Practices (ISMP), a la Agencia Española del Medicamento (AEM) y al laboratorio fabricante del medicamento implicado. Indique si desea mantener el anonimato. Por defecto, la información se tratará como anónima y confidencial.

ISMP

AEM

Laboratorio farmacéutico

Otros

Anónimo en todos ellos