

|                                                           |                   |                            |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|
| Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília |                   |                            |
| <b>Formulário HCFAMEMA</b>                                |                   |                            |
| <b>NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE</b>                    |                   |                            |
| <b>Código: HCF-NSRP-FOR-5</b>                             | <b>Revisão: 0</b> | <b>Notificação nº/ano:</b> |

[illegible]

|                                                                                            |                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Notificador / Carimbo</p> <p><b>Fique à vontade caso não queira se identificar!</b></p> | <p>Núcleo de Gestão de Risco e Segurança do Paciente ou Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade / Carimbo</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Após o preenchimento, o formulário deverá ser encaminhado ao Núcleo de Gestão de Segurança e de Risco do Paciente e/ou Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade (Ramal 1681/1665) ou encaminhar por e-mail: [depsadt-nsp@hc.famema.br](mailto:depsadt-nsp@hc.famema.br) ou [processos.qualidade@hc.famema.br](mailto:processos.qualidade@hc.famema.br)

| PREENCHIMENTO PELO NÚCLEO DE GESTÃO DE RISCO E SEGURANÇA DO PACIENTE /<br>NÚCLEO DE GESTÃO DE PROCESSOS E QUALIDADE    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Data do recebimento:                                                                                                   |                     |
| <b>ANÁLISE DAS CAUSAS (Diagrama de Ishikawa)</b>                                                                       |                     |
| <b>Método</b><br>(As tarefas estão sendo feitas de forma adequada ou não? Conforme padronizado?)                       |                     |
| <b>Material</b><br>(Como a qualidade e o tipo dos materiais utilizados influenciam o problema?)                        |                     |
| <b>Mão de obra</b><br>(Como as pessoas envolvidas na atividade influenciam o problema?)                                |                     |
| <b>Máquinas</b><br>(Como os equipamentos utilizados no processo influenciam o problema?)                               |                     |
| <b>Medidas</b><br>(Como as métricas utilizadas para medir o desenvolvimento da atividade influenciam o problema?)      |                     |
| <b>Meio ambiente</b><br>(Como o meio em que a atividade está sendo desenvolvida influencia o problema?)                |                     |
| <b>AÇÕES CORRETIVAS E PREVENTIVAS</b> (para evitar novas ocorrências)                                                  |                     |
| Ação 1:                                                                                                                |                     |
|                                                                                                                        |                     |
| Prazo:                                                                                                                 | Setor:              |
| Responsável:                                                                                                           | Data de conclusão:  |
| Ação 2:                                                                                                                |                     |
|                                                                                                                        |                     |
| Prazo:                                                                                                                 | Setor:              |
| Responsável:                                                                                                           | Data de conclusão:  |
| Ação 3:                                                                                                                |                     |
|                                                                                                                        |                     |
| Prazo:                                                                                                                 | Setor:              |
| Responsável:                                                                                                           | Data de conclusão:  |
| Ação 4:                                                                                                                |                     |
|                                                                                                                        |                     |
| Prazo:                                                                                                                 | Setor:              |
| Responsável:                                                                                                           | Data de conclusão:  |
| <b>PARECER DO NÚCLEO DE GESTÃO DE SEGURANÇA E DE RISCO DO PACIENTE /<br/>NÚCLEO DE GESTÃO DE PROCESSOS E QUALIDADE</b> |                     |
|                                                                                                                        |                     |
|                                                                                                                        |                     |
|                                                                                                                        |                     |
| Data:                                                                                                                  | Assinatura/Carimbo: |