

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília		
Formulário HCFAMEMA		
NOTIFICAÇÃO DE NÃO CONFORMIDADE		
Código: HCF-NSRP-FOR-6	Revisão: 0	Notificação nº/ano:

[illegible]

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

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 1681/1721) ou encaminhar por e-mail: ngsrp@hcfamema.sp.gov.br ou processosqualidade@hcfamema.sp.gov.br

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