

DATOS DEL INGRESO			
Código Hospital:	Nº Hª CLÍNICA*:		Número de Caso Web ESHMAD*:
Fecha del estudio*:	/ / 2019 (día/mes/año)	Fecha de ingreso*:/...../..... (día/mes/año)
Especialidad de la planta*:	Fecha de nacimiento:/...../..... (día/mes/año)		
	Sexo*: <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre		
Tipo de ingreso*:	<input type="radio"/> Programado <input type="radio"/> Urgente	Diagnóstico Principal:	
		GRD Diagnóstico:	CIE-9/10 Diagnóstico:

Factores de riesgo asociados (INTRÍNSECOS)					
Coma:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Inmunodeficiencia:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Alteración de movilidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Insuficiencia renal:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Neutropenia:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Déficits sensoriales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diabetes:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cirrosis hepática:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Obesidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Neoplasia:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipoalbuminemia:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enf. Cardiovasculares:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad pulmonar crónica:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Úlcera por presión:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tabaquismo activo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Factores de riesgo asociados (EXTRÍNSECOS)					
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA*:	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Programada <input type="radio"/> Urgente	DISPOSITIVOS INVASIVOS:			
Fecha de la cirugía:/...../.....(día/mes/año)	Tipo de cirugía: <input type="radio"/> Endoscópica / Laparoscópica <input type="radio"/> No Endoscópica	Catéter vascular periférico:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Clasificación ASA:		Catéter vascular central:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Grado de contaminación de cirugía:		Catéter urinario:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Duración (en minutos):		Intubación:	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
CIE 9 Procedimiento:		Nº fármacos en medicación actual:			

CRIBADO DE EVENTOS ADVERSOS: señalar 1 o más ítems + datos de interés (fecha, detalles que faciliten análisis posterior)	
1.	Hospitalización previa relacionada y NO PREVISTA (últimos 12 meses si <65 años // 6 meses si ≥65 años):
2.	Traslado de una unidad de hospitalización general a otra de cuidados especiales:
3.	Traslado a / desde otro hospital:
4.	Tratamiento antineoplásico en los 6 meses previos a la hospitalización:
5.	Cualquier problema relacionado con la medicación:
6.	Segunda intervención quirúrgica no prevista durante este ingreso:
7.	Algún daño o complicación relacionada con una cirugía o procedimiento invasivo previo:
8.	Déficit neurológico nuevo relacionado con algún tipo de asistencia sanitaria:
9.	IAM, ACVA o TEP relacionado con procedimientos invasivos:
10.	Parada cardiorrespiratoria o puntuación APGAR baja:
11.	Daño o complicación relacionados con aborto, amniocentesis, parto o preparto:
12.	Fiebre mayor de 38° C el día antes del alta hospitalaria de ingreso previo:
13.	Signos o síntomas de infección relacionada con los cuidados:
14.	Traumatismo, accidente o caída durante la hospitalización:
15.	Otros problemas relacionados con los cuidados (úlceras, flebitis, etc.):
16.	Fallecimiento:
17.	Cartas o notas en Hª Clínica (incluida reclamación patrimonial) que sugieran litigio:
18.	Cualquier otro problema que sugiera un evento adverso (especificar):

*: Campos obligatorios IAM (infarto agudo de miocardio), ACVA (accidente cerebro-vascular agudo) o TEP (tromboembolismo pulmonar)