



NOTIFICACIÓN DE ALERTA DE EVENTO ADVERSO:

Ciudad y provincia:	
----------------------------	--

Fecha del suceso:	
--------------------------	--

Sexo y edad aproximada del paciente:	
Tipo de tratamiento odontológico:	

Correo del tramitador:	
Teléfono o dirección de contacto:	

Alerta de evento adverso:

Observaciones:

Eventos adversos a notificar:

- + Cualquier circunstancia relacionada con el tratamiento que produzca una lesión al paciente que requiera un tratamiento médico externo.
- + Cualquier accidente ocurrido durante el tratamiento y que produzca una lesión al paciente y/o que requiera tratamiento médico externo (caídas, quemaduras, cortes, aspiración o ingestión de materiales, descargas eléctricas, etc.).
- + Error en el tipo de tratamiento a realizar en el diente o en la zona.
- + Cuerpo extraño.
- + Error en la prescripción de fármacos o el uso de gases medicinales.
- + Cualquier problema relacionado con los materiales dentarios o productos sanitarios empleados.
- + Infección grave de cualquier tipo atribuida al tratamiento odontológico.
- + Error en el diagnóstico de procesos neoplásicos.