

COINF

Coordenação de Informática

Plataforma Medicina Segura



Conselheiro Hideraldo Cabeça
1º secretário do CFM





Plataforma Medicina Segura

Site para acessar a plataforma

 <https://medicinasegura.cfm.org.br>

OBS: ESSE ENDEREÇO AINDA NÃO ESTÁ ATIVO.



Plataforma Medicina Segura

MEDICINA SEGURA

Prezado(a) Doutor(a),

No Brasil, existe a percepção de aumento no número de intercorrências relacionadas a atendimentos realizados por não médicos. Com essa plataforma, espera-se colher elementos que contribuam com o diagnóstico deste fenômeno, permitindo a implementação de ações que coíbam abusos e irregularidades nesta área.

O CFM assegura que todas as informações fornecidas serão tratadas com o mais absoluto sigilo e anonimato. Para participar, acesse o link abaixo, siga as instruções de segurança e, na sequência, responda o questionário na íntegra. Isso levará apenas alguns minutos.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PARTICIPAR



Plataforma Medicina Segura

MEDICINA SEGURA

Para participar, identifique-se:

Seu estado

Selecione...

Seu número de CRM

Número do CRM

Seu CPF

Para garantir que é você

Sua data de nascimento

Para garantir que é você

Não sou um robô



reCAPTCHA
Privacidade - Termos

Verificar



Plataforma Medicina Segura

De: **MEDICINA SEGURA - Conselho Federal de Medicina**

Date: ter., 6 de mai. de 2025, 08:38

Subject: Link para formulário: MEDICINA SEGURA

NOME DO DOUTOR(A)

Você foi convidado para preencher o formulário MEDICINA SEGURA.

Clique no link abaixo para participar.

[preencher formulário MEDICINA SEGURA.](#)



Plataforma Medicina Segura

MEDICINA SEGURA

OLÁ, NOME DO DOUTOR(A)

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

INDIQUE AS CARACTERÍSTICAS ABAIXO REFERENTES AO PACIENTE AFETADO PELAS COMPLICAÇÕES:

Faixa etária (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Menos de 18 anos
- De 18 a 25 anos
- De 26 a 35 anos
- De 36 a 45 anos
- De 46 a 55 anos
- Mais de 56 anos
- Não sabe informar

Qual o sexo do paciente? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Masculino
- Feminino
- Preferiu não informar



Plataforma Medicina Segura

Qual o grau de instrução do paciente? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Analfabeto
- Ensino fundamental
- Ensino médio
- Ensino superior
- Pós graduação (especialização, mestrado, doutorado)
- Não soube informar

Qual o nível de renda do paciente? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Até dois salários mínimos
- De três a cinco salários mínimos
- De seis a 10 salários mínimos
- Mais de 10 salários mínimos
- Não soube informar



Plataforma Medicina Segura

INFORMAÇÕES SOBRE O PROCEDIMENTO

O procedimento que gerou complicação foi realizado há quanto tempo, segundo o paciente? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Menos de 6 meses
- De 7 meses a 12 meses
- De 13 meses a 24 meses
- De 25 meses a 36 meses
- De 37 meses ou mais
- Não sabe informar

Indique a área do procedimento realizado que gerou complicação para o paciente que está em tratamento: (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Acupuntura
- Cirurgia Plástica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Ginecologia e Obstetrícia
- Oftalmologia
- Outra área



Plataforma Medicina Segura

Cirurgia Plástica: Qual o tipo de procedimento realizado? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Abdominoplastia
- Aplicação de botox
- Blefaroplastia
- Lifting facial
- Lipoaspiração
- Mamoplastia (aumento ou redução)
- Mastopexia
- Ostoplastia
- Preenchimento com ácido hialurônico
- Preenchimento com PMMA
- Rinoplastia
- Outro procedimento



Plataforma Medicina Segura

Cirurgia Plástica: Qual o sintoma relatado pelo paciente que pode ter origem na realização do procedimento indicado? Pode indicar mais de um, se for necessário. (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Alergia
- Celulite
- Comprometimento de órgãos (rins, fígado, etc.)
- Dor
- Edemas
- Embolia
- Febre
- Flacidez
- Infecção
- Morte
- Necrose
- Problemas de cicatrização
- Problemas respiratórios
- Queimadura
- Surgimento de nódulos
- Outro sintoma



Plataforma Medicina Segura

INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO

O procedimento que gerou complicação foi realizado por profissional com que formação, segundo o paciente? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Biólogo
- Biomédico
- Educador Físico
- Enfermeiro
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Psicólogo
- Terapeuta ocupacional
- Outro tipo de profissional
- Não sabe informar

Qual a localidade de realização do atendimento que gerou complicação? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Na capital do estado
- No interior do estado
- Em outro estado
- Não sabe responder

O procedimento realizado gerou incapacidade laboral do paciente? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Sim
- Não
- Não soube informar



Plataforma Medicina Segura

INFORMAÇÕES SOBRE DENUNCIA

O caso com evento adverso relatado em consultório gerou algum desdobramento jurídico ou administrativo, conforme informado pelo paciente?

(RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Sim
- Não
- Não sabe informar

Já houve denúncia ou abertura de processo em qual instância? (RESPOSTA OBRIGATÓRIA)

- Denúncia em Órgão de Defesa do Consumidor
- Denúncia na Polícia Civil
- Denúncia na Vigilância Sanitária
- Denúncia no Conselho de Medicina
- Denúncia no Conselho Profissional do responsável
- Denúncia no Ministério Público
- Denúncia no Poder Judiciário



Plataforma Medicina Segura

PACIENTE COM RELATO DE EVENTO ADVERSO - Por favor, informe os dados disponíveis do paciente que relatou problemas decorrentes do atendimento feito por não médico. Essas informações são importantes para futuros desdobramentos.

Nome

Endereço

Telefone

Email



Plataforma Medicina Segura

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO COM EVENTO ADVERSO - Por favor, informe os dados disponíveis da pessoa responsável pelo atendimento do paciente que relatou problemas. Essas informações são importantes para futuros desdobramentos.

Nome

Endereço

Telefone

Email

Rede social



Plataforma Medicina Segura

ESTABELECIMENTO ONDE OCORREU O ATENDIMENTO COM EVENTO ADVERSO - Por favor, informe os dados disponíveis do estabelecimento onde o paciente que relatou problemas decorrentes da ação de não médicos foi atendido. Essas informações são importantes para futuros desdobramentos.

Nome

Endereço

Telefone

Email

Rede social



Plataforma Medicina Segura

Por favor, anexe arquivos (fotos, exames, laudos, receitas, etc.) relacionados ao caso relatado. Essas informações são importantes para futuros desdobramentos.

São aceitos apenas anexos em formato .jpg, .jpeg, .png, .pdf e .txt. Máximo de 10 arquivos. Os arquivos não devem exceder 5MB cada.

Escolher arquivo

Nenhum arquivo escolhido

Adicionar outro Anexo

Enviar Formulário