

KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Prosimy o zaznaczenie pasującej kategorii lub wpisanie informacji. Pola oznaczone * są obowiązkowe

1. Osoba zgłaszająca

- Personel
 Pacjent
 Świadek zdarzenia niepożądanego
 Inna _____

2. Czy zgłoszenie jest anonimowe?*

- Tak
 Nie

(jeśli tak, to proszę w następnym punkcie podać dane)

3. Dane kontaktowe zgłaszającego

Imię i nazwisko _____
Adres e-mail _____
Telefon kontaktowy _____

4. Czas i miejsce wystąpienia zdarzenia*

5. Data i godzina uzyskania wiedzy o zdarzeniu*

6. Skutek zdarzenia*

- Brak szkody
 Tymczasowy uszczerbek na zdrowiu
 Trwały uszczerbek
 Zagrożenie życia
 Zgon
 Inne (tu wpisz własny skutek)

7. Kategoria zdarzenia niepożądanego*

- Zdarzenie dotyczące urządzeń medycznych , wyposażenia
- Zdarzenie dotyczące organizacji pracy personelu medycznego
- Zdarzenie związane z leczeniem, farmakologią
- Zdarzenie związane z opieką nad pacjentem
- Zdarzenie związane z nieprzestrzeganiem procedur
- Zdarzenie dotyczące organizacji pracy
- Inne _____

8. Charakter zdarzenia

- Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i wywołało szkodę
- Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i nie wywołało szkody
- Zdarzenie niepożądane niedoszło („near miss”)

9. Opisz zdarzenia i jego skutek. Prosimy o opisanie przebiegu zdarzenia niepożądanego, również niedoszłego, oraz podanie, jakie skutki spowodowało zdarzenie*

Im dokładniej zostanie opisane zdarzenie tym wnikliwiej będziemy mogli je rozpatrzyć (informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia).

10. Miejsce zdarzenia. Prosimy o opisanie miejsca zdarzenia w sposób, który pozwoli nam na zidentyfikowanie, jakiej sytuacji zdarzenie dotyczy

Dziękujemy za wypełnienie formularza!

Państwa zgłoszenie ma znaczenie. Pomaga nam wprowadzić realne zmiany i poprawić jakość opieki.