

**Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego****Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

|  |
|--|
|  |
|--|

Wiek

|  |
|--|
|  |
|--|

Płeć (do wyboru):

Kobieta

Mężczyzna

**Czas wystąpienie zdarzenia** (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

|  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|

Godzina, minuta (HH:MM)

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | - |  |  |
|--|--|---|--|--|

**i/lub****Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu** (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

|  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|

Godzina, minuta (HH:MM)

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | - |  |  |
|--|--|---|--|--|

**Miejsce wystąpienia zdarzenia:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Opis zdarzenia niepożądanego:** (pole opisowe)

**Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki:** (pole opisowe)

**Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze):** (pole opisowe)

**Kategoria zdarzenia niepożądanego:** (sugestie na liście poniżej)

Kategoria zdarzenia niepożądanego:

Podkategoria zdarzenia niepożądanego:

- **Zdarzenie związane z leczeniem i opieką nad pacjentem:**

- mylna identyfikacja pacjenta
- mylna identyfikacja procedury
- mylna identyfikacja miejsca poddanego procedurze medycznej
- uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej procedury medycznej
- błędna diagnoza
  - mylna interpretacja wyników badań laboratoryjnych
  - mylny opis badań radiologicznych
  - mylny opis badania histopatologicznego
- niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki
- zakażenie, które nastąpiło w wyniku udzielonego świadczenia zdrowotnego
- zranienie lub zakażenie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania procedury medycznej, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna
- inne (jakie?)

- **Zdarzenie dotyczące farmakoterapii:**

- podanie leku niewłaściwemu pacjentowi
- podanie niewłaściwej dawki
- niewłaściwy czas podania leku
- nieprawidłowa droga podania
- nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
- nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku
- zdarzenie związane z okresem ważności leku
- inne (jakie?)

- **Zdarzenia związane z nieprzestrzeganiem procedur:**

- przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg
- udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej
- inne (jakie?)

- **Zdarzenie związane ze środowiskiem technicznym:**

- brak bieżących przeglądów technicznych
- brak/ograniczenie dostępności do sprzętu medycznego
- awaria sprzętu medycznego
- uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu
- inne (jakie?)

- **Zdarzenia dotyczące organizacji pracy:**

- wykonanie czynności medycznych przez osobę nieuprawnioną
- niewłaściwa identyfikacja pacjenta
- brak czytelnych identyfikatorów
- niewystarczająca liczba personelu
- nieterminowe dostarczenie opieki
- nieprawidłowa komunikacja
- inne (jakie?)

|  |
|--|
|  |
|--|

- **Zdarzenia inne:**

- upadek w placówce
- samobójstwo/ próba samobójca w placówce
- zgon pacjenta
- napastowanie seksualne na terenie placówki
- poważne uszkodzenie pacjenta lub pracownika wskutek fizycznego ataku na terenie placówki
- inne (jakie?)

|  |
|--|
|  |
|--|

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

|  |
|--|
|  |
|--|

Zawód/Stanowisko (nieobowiązkowe)

|  |
|--|
|  |
|--|

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

|  |
|--|
|  |
|--|

**Data zgłoszenia:**

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

|  |  |  |  |   |  |  |  |   |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|
|  |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|

Godzina, minuta (HH:MM)

|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | - |  |  |
|--|--|---|--|--|