

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:

- **Zgon pacjenta**
- **Trwałe lub znaczne inwalidztwo**
- **Przedłużona hospitalizacja**
- **Zdarzenia związane z leczeniem i opieką nad pacjentem**
 - *mylna identyfikacja pacjenta*
 - *mylna identyfikacja procedury*
 - *uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej procedury*
 - *brak/niewłaściwa profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej*
 - *błędna diagnoza*
 - *mylna interpretacja wyników badań laboratoryjnych*
 - *niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki*
 - *zakażenie szpitalne - (jakie?)...*

- *odleżyna powstała w podmiocie*
- *upadek w placówce*
- *samowolne oddalenie się pacjenta z placówki*
- *samobójstwo/próba samobójcza w placówce*
- *inne (jakie?)...*

• **Zdarzenie dotyczące farmakoterapii**

- *niewłaściwy pacjent*

- *niewłaściwa dawka*
- *niewłaściwy czas podania leku*
- *nieprawidłowa droga podania*
- *nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)*
- *nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku*
- *zdarzenia związane z okresem ważności leku*
- *inne (jakie?)*

- **Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego/ wyrobów medycznych/ wyposażenia**
 - *brak/ograniczenie dostępności sprzętu*
 - *awaria sprzętu*
 - *uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu*
 - *przekroczenie dawki promieniowania jonizującego podczas zabiegu*
 - *inne (jakie?)*

- **Zdarzenia dotyczące organizacji pracy**
 - *niewłaściwa identyfikacja pacjenta*
 - *niedostateczna opieka (np. niewystarczająca liczba personelu, niska jakość dostarczanej opieki)*
 - *nieterminowe dostarczenie opieki*
 - *nieprawidłowa komunikacja*
 - *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)

		-		
--	--	---	--	--