FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Zgłaszający:	☐ Personel ☐ Pacjent ☐ Osoba bliska/ opiekun ☐ Inny
2. Dane pracownika: (nieobligatoryjne)	Imię i nazwisko: Zawód: Stanowisko:
3. Dane pacjenta:	Płeć: ☐ M ☐ K Wiek: Nr karty/ ID:
4. Miejsce zdarzenia:	☐ ul. Kotlarza 6 ☐ ul. Kościuszki 229 (Centrum Libero) Pomieszczenie/ gabinet:
5. Czas wystąpienia zdarzenia:	Data (dd.mm.rrrr): Godzina (gg:mm): Data ujawnienia (jeśli inna):
6. Rodzaj zdarzenia	☐ zdarzenie ze szkodą dla pacjenta ☐ zdarzenie bez szkody (dosięgnęło pacjenta, nie wywołało szkody) ☐ zdarzenie niedoszłe – nie dosięgnęło pacjenta

7. Czynniki wpływające na wystąpienie zdarzenia (opis zdarzenia):

8. Kategoria zdarzenia (zaznacz właściwe):

a) Identyfikacja pacjenta i procedury

- ☐ mylna identyfikacja pacjenta (w tym pomyłka w dokumentacji, e-recepcie, e-skierowaniu)
- ☐ mylna identyfikacja procedury
- ☐ wykonanie procedury u niewłaściwego pacjenta
- ☐ mylna identyfikacja miejsca zabiegowego/ opatrywanego

b) Diagnostyka i leczenie

- ☐ błędna diagnoza
- ☐ opóźnienie lub zaniechanie diagnostyki
- ☐ postępowanie niewłaściwe czasowo (np. zbyt późne skierowanie do szpitala)
- ☐ ciało obce pozostawione w ranie/ miejscu zabiegowym

c) Uszkodzenie ciała w trakcie procedury medycznej

- ☐ w wyniku podania leku, szczepionki
- ☐ podczas ściągania szwów
- ☐ podczas płukania ucha
- ☐ złe podanie leku (poza żyłę), krwiak/ ropień poiniekcyjny
- ☐ inne uszkodzenie ciała podczas badania lub zabiegu

d) Produkty lecznicze (leki i szczepionki)

- ☐ niewłaściwe przepisanie produktu leczniczego
- ☐ podanie niewłaściwego produktu leczniczego
- ☐ niewłaściwa dawka
- ☐ niewłaściwy czas podania
- ☐ nieprawidłowa droga podania
- ☐ nieprawidłowy sposób przygotowania (np. rozpuszczalnik)
- ☐ nieuzasadnione opóźnienie w podaniu
- ☐ niepodanie zleconego produktu leczniczego
- ☐ pominięcie udokumentowanej alergii lub przeciwwskazania
- ☐ podanie produktu przeterminowanego lub sporządzonego niezgodnie z wymogami
- ☐ przerwanie łańcucha chłodniczego (szczepionki, leki)
- ☐ działanie niepożądane leku, w tym NOP – gdy może wynikać z błędu
- ☐ wstrząs anafilaktyczny po podaniu produktu leczniczego

e) Zakażenia i ekspozycja pacjenta

- ☐ zakażenie rany
- ☐ ekspozycja pacjenta na krew lub inny materiał potencjalnie zakaźny

f) Badania diagnostyczne i wyniki

- ☐ nieprawidłowe pobranie, przygotowanie lub przechowanie materiału do badania
- ☐ pomylenie wyników badań pacjentów
- ☐ niewłaściwa kontrola pozyskiwania i przechowywania wyników
- ☐ nieprzekazanie nieprawidłowego wyniku/ brak reakcji na wynik

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

g) Organizacja pracy, komunikacja i sprzęt	
☐ naruszenie zasad ochrony danych osobowych	☐ wadliwe działanie wyrobu medycznego (incydent medyczny)
☐ nieprawidłowa informacja przekazana pacjentowi (np. przygotowanie do badania, termin wizyty)	☐ brak dostępności sprzętu lub leków ratunkowych
☐ awaria sprzętu	☐ niedostateczna obsada personelu
	☐ naruszenie godności pacjenta
h) Wypadki i zdarzenia nagłe na terenie jednostki	
☐ upadek	☐ próba samobójcza lub samobójstwo
☐ złamanie lub inny uraz	☐ zgon
i) Inne	
☐ inne (jakie?): ……	

9. Skutek zdarzenia dla pacjenta:

10. Reakcja bezpośrednia (działania podjęte natychmiast na rzecz pacjenta)**:**

11. Uwagi / komentarz:

Data zgłoszenia: