

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)

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

Kategoria zdarzenia niepożądanego: (sugestie na liście poniżej)

Kategoria zdarzenia niepożądanego:

Podkategoria zdarzenia niepożądanego:

1. urządzenia medyczne oraz wyposażenie w zakresie:

- braku bieżących przeglądów technicznych,
- braku/ograniczenia w dostępności do sprzętu,
- awarii sprzętu,
- uszkodzenia ciała powstałego w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
- inne

2. leczenie pacjenta:

- błędna diagnoza pacjenta
- błędna diagnoza z uwagi na nieprawidłową interpretację wyników badań laboratoryjnych, nieprawidłowy opis badań obrazowych,
- nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
- uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury medycznej
- niewłaściwy stan sanitarny urządzeń, pomieszczeń, materiałów medycznych
- błędna ordynacja leku lub błędnej dawki leku,
- niewłaściwe podaniu leku, w tym: zastosowanie niewłaściwej dawki leku, podania leku niewłaściwemu pacjentowi,
- zastosowanie niewłaściwej drogi podania leku, podania leku po okresie jego ważności,
- wystąpienie choroby zakaźnej u pacjenta,

- udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- przeprowadzenie zabiegu bez świadomej zgody pacjenta na zabieg
- inne

--

3. organizacja pracy w zakresie:

- braku normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
- dopuszczenia do pracy personelu bez wymaganych uprawnień,
- niewystarczającej liczby personelu,
- niewłaściwego planowania pracy,
- nieprawidłowej komunikacji,
- błędów przy rejestracji pacjenta,
- inne

--

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)

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