

**KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO****Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane:**Dane zgłaszającego: *Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)*

--

Wiek 

Płeć (do wyboru):

Kobieta Mężczyzna **Data zdarzenia:** rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)**Godzina zdarzenia,** minuta (HH:MM)

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

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

**Miejsce wystąpienia zdarzenia:**

--

**Świadkowie zdarzenia:**

--

Identyfikacja zdarzenia niepożądanego przez:

- Personel
- Pacjent
- Osoba trzecia
- Skarga/ roszczenie
- Kontrola
- Inne (jakie) .....

<b>Kategoria</b>	<b>Katalog Zdarzeń</b>
Zdarzenia związane z produktem lub urządzeniem medycznym	<input type="checkbox"/> brak bieżących przeglądów technicznych, <input type="checkbox"/> brak/ograniczenie dostępności sprzętu, <input type="checkbox"/> awaria sprzętu, <input type="checkbox"/> nieczytelny panel aparatu, <input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu, <input type="checkbox"/> inne .....
Zdarzenie związane z organizacją pracy personelu medycznego	<input type="checkbox"/> niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu, <input type="checkbox"/> mylna identyfikacja miejsca zabiegowego lub kończyny operowanej, <input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury, <input type="checkbox"/> inne.....
Zdarzenia związane z leczeniem i farmakologią	<input type="checkbox"/> mylna interpretacja wyników badań laboratoryjnych, <input type="checkbox"/> mylny opis badań radiologicznych <input type="checkbox"/> zlecenie niewłaściwego zabiegu, <input type="checkbox"/> zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu, <input type="checkbox"/> nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego, <input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej, <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku, w tym: <input type="checkbox"/> podanie niewłaściwego leku, <input type="checkbox"/> błędne ustalenie dawki leku, <input type="checkbox"/> błędna identyfikacja pacjenta, <input type="checkbox"/> niewłaściwy czas podania leku, <input type="checkbox"/> nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku, <input type="checkbox"/> nieprawidłowa droga podania leku, <input type="checkbox"/> nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik) <input type="checkbox"/> zdarzenia związane z okresem ważności leku, <input type="checkbox"/> inne .....
Zdarzenia związane z opieką nad pacjentem	<input type="checkbox"/> mylna identyfikacja pacjenta, <input type="checkbox"/> mylna identyfikacja procedury, <input type="checkbox"/> niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki, <input type="checkbox"/> sepsa, <input type="checkbox"/> wstrząs anafilaktyczny związany z alergią, <input type="checkbox"/> inne.....
Zdarzenia związane ze zdarzeniami niepodziewanymi	<input type="checkbox"/> próba samobójcza, <input type="checkbox"/> upadek pacjenta w przychodni, <input type="checkbox"/> samowolne oddalenie się pacjenta z przychodni <input type="checkbox"/> korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających, <input type="checkbox"/> zgon pacjenta, <input type="checkbox"/> uszkodzenie pacjenta lub pracownika wskutek fizycznego statku na terenie przychodni <input type="checkbox"/> związane z pobytem i zachowaniem pacjenta <input type="checkbox"/> inne.....

Zdarzenie związane z nieprzestrzeganiem procedur	<input type="checkbox"/> udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej, <input type="checkbox"/> inne .....
Zdarzenia dotyczące organizacji pracy i zarządzania	<input type="checkbox"/> brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji <input type="checkbox"/> dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego), <input type="checkbox"/> niewystarczająca liczba personelu, <input type="checkbox"/> niska jakość doboru personelu, <input type="checkbox"/> niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, dopuszczenie do pracy pracownika <input type="checkbox"/> pracującego w kilku miejscach – bez zachowania odpoczynku dobowego), <input type="checkbox"/> nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej, <input type="checkbox"/> nieprawidłowa komunikacja, <input type="checkbox"/> • inne.....

**Opis zdarzenia niepożądanego:****Skutek zdarzenia niepożądanego:**

Data zgłoszenia:.....