	<b>FORMULARZ</b>	P-47/F-03
	<b>ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Wersja I obowiązująca od 26.06.2024r.
		Strona 1 z 4

**Dane pacjenta:** Imię i Nazwisko

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:** (nazwa i adres przychodni)

**Komórka organizacyjna:**

**Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:**

Spostrzeżenie personelu

Kontrola/audit zewnętrzny

Spostrzeżenie pacjenta

Reklamacja/skarga/roszczenie


Spostrzeżenia osoby trzeciej

Przegląd dokumentacji medycznej

Kontrola/audit wewnętrzny

Inne .....

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

	<b>FORMULARZ</b>	P-47/F-03
	<b>ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Wersja I obowiązująca od 26.06.2024r.
		Strona 2 z 4

**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)

- Dotyczących urządzeń medycznych i wyposażenia
- Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego
- Związanych z leczeniem i farmakologią
- Związanych z opieką nad pacjentem
- Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi
- Związanych z nieprzestrzeganiem procedur
- Dotyczących organizacji pracy i zarządzania

**Podkategoria zdarzenia niepożądanego:** (wpisz numer i literę z poniższej listy kategorii np. 1c)

**1) Dotyczących urządzeń medycznych i wyposażenia:**

- a. brak bieżących przeglądów technicznych,
- b. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- c. awaria sprzętu,
- d. nieczytelny panel aparatu,
- e. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu/wyposażenia,
- f. nieergonomiczny układ przycisków lub uchwytów sprzętu medycznego,
- g. inne.

	<b>FORMULARZ</b>	P-47/F-03
	<b>ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Wersja I obowiązująca od 26.06.2024r.
		Strona 3 z 4

**2) Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:**

- a. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
- b. mylna identyfikacja miejsca zabiegowego,
- c. niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego,
- d. przeprowadzenie serii zabiegów fizjoterapeutycznych w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki fizjoterapeutycznej),
- e. uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury,
- f. radioterapia niewłaściwej okolicy ciała lub dawka większa od planowanej o 25%
- g. inne.

**3) Związanych z leczeniem i farmakologia:**


- a. błędna diagnoza z uwagi na:
  - mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
  - mylny opis badań radiologicznych,
  - mylny opis badania histopatologicznego,
- b. zlecenie niewłaściwego zabiegu,
- c. zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwipochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
- d. nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
- e. uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
- f. pomyłkę w podaniu leku, w tym:
  - podanie niewłaściwego leku,
  - błędne ustalenie dawki leku,
  - błędną identyfikację pacjenta,
  - niewłaściwy czas podania leku,
  - nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
  - nieprawidłową drogę podania leku,
  - nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
  - zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- g. wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
- h. inne.

**4) Związanych z opieką nad pacjentem:**

- a. mylną identyfikacją pacjenta,
- b. mylną identyfikacją procedury,
- c. niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- d. odleżyny powstałe w związku z zaniedbaniem opieki,
- e. zakażenie,
- f. inne.

**5) Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:**

- a. próba samobójcza,
- b. samobójstwo,
- c. upadek pacjenta w placówce,
- d. zgon pacjenta,
- e. inne.

	<b>FORMULARZ</b>	P-47/F-03
	<b>ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Wersja I obowiązująca od 26.06.2024r.
		Strona 4 z 4

**6) Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:**

- a. przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
- b. udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- c. inne.

**7) Dotyczących organizacji pracy i zarządzania:**

- a. brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, instrukcji obsługi,
- b. dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
- c. niewystarczająca liczba personelu (nagły urlop/choroba),
- d. brak odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego (braki kadrowe na rynku pracy),
- e. zmęczenie personelu w wyniku nadmiernej liczby godzin pracy - niewłaściwe planowanie pracy,
- f. nieumiejętnie zorganizowana praca zespołowa,
- g. nieprawidłowa komunikacja,
- h. inne

**Dane osoby zgłaszającej:** (pola nieobowiązkowe)

Imię i nazwisko

Zawód/Stanowisko

Świadkowie zdarzenia

**Data zgłoszenia:**

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

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

Godzina, minuta (HH:MM)

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