

KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

Dane pacjenta: *Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)*

Płeć (do wyboru):

Kobieta

Mężczyzna

Wiek

☐☐

Czas wystąpienia 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 komórki org.*

Świadczenie zdarzenia

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| • Spostrzeżenie personelu | ☐ | • Kontrola/audit zewnętrzny | ☐ |
| • Spostrzeżenia pacjenta | ☐ | • Reklamacja/skarga/roszczenie | ☐ |
| • Spostrzeżenia osoby trzeciej | ☐ | • Przegląd dokumentacji medycznej | ☐ |
| • Kontrola/audit wewnętrzny | ☐ | • Inne (jakie?) | ☐ |

Opis zdarzenia niepożądanego: *(pole opisowe)*

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki: *(przewidywany skutek w odniesieniu do zdarzenia niedoszedłego)*

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

Kategoria zdarzenia niepożądanego: *(sugestie na liście poniżej)*

- ☐ Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia
- ☐ Związanych z leczeniem i opieką nad pacjentem
- ☐ Dotyczące nieprawidłowej organizacji pracy personelu medycznego lub nieprzestrzegania procedur
- ☐ Związane z sytuacjami niepodziewanymi
- ☐ Związane z farmakoterapią i krwiolecznictwem

podkategoria zdarzenia niepożądanego: *(wpisz nr kategorii i literę podkategorii np. 4H z poniższego katalogu zdarzeń)*

Katalog zdarzeń:

1. ZN dotyczące urządzeń medycznych, wyposażenia
 - a. brak bieżących przeglądów technicznych,
 - b. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
 - c. awaria sprzętu,
 - d. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
 - e. inne.
2. ZN związane z leczeniem i opieką nad pacjentem:
 - a. zranienie albo zakłucie ostrymi narzędziami pacjenta w trakcie wykonywania zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
 - b. nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
 - c. pozostawienie w polu operacyjnym materiałów opatrunkowych lub narzędzi
 - d. uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
 - e. mylna identyfikacja pacjenta,
 - f. odleżyny powstałe w czasie hospitalizacji
 - g. odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego,
 - h. zakażenie szpitalne (w tym Clostridium)
 - i. sepsa,
 - j. zatrucie pokarmowe,
 - k. wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
 - l. zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym
 - m. inne.
3. ZN dotyczące nieprawidłowej organizacji pracy personelu medycznego lub nieprzestrzegania procedur:
 - a. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
 - b. mylna identyfikacja miejsca zabiegowego
 - c. wykonanie zabiegu bez świadomej zgody pacjenta
 - d. niedostarczenie świadczenia/opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
 - e. inne.
4. ZN związane z sytuacjami niespodziewanymi:
 - a. próba samobójcza/ samobójstwo,
 - b. upadek pacjenta w placówce,
 - c. samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala

d. zgon pacjenta,

e. inne.

5. ZN związane z farmakoterapią i krwiolecznictwem

a. pomyłka w podaniu leku/ krwi/ preparatu krwiopochodnego, w tym:

- podanie niewłaściwego leku/ krwi / preparatu krwiopochodnego
- błędne ustalenie dawki leku,
- nieprawidłowa droga podania leku,
- nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)

b. zdarzenia związane z okresem ważności leku,

Informacje o osobie zgłaszającej *(wyłącznie do wiadomości Dyrektora/ Pełnomocnika Dyrektora ds. Zdarzeń niepożądanych.):*

Imię i nazwisko

--

Stanowisko (jeśli dotyczy) lub pokrewieństwo w stosunku do pacjenta

--

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy)

--

Data zgłoszenia