

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr E. Jelskiego w Knyszynie

Formularz służy do zgłaszania zdarzeń niepożądanych w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Zgłoszenie może być anonimowe.

1. Data zdarzenia:

.....

Godzina zdarzenia:

.....

2. Miejsce zdarzenia (oddział / komórka organizacyjna):

.....

3. Czy zdarzenie dotyczyło pacjenta?

TAK NIE

Dane pacjenta (opcjonalnie):

.....

4. Rodzaj zdarzenia (zaznacz właściwe):

upadek pacjenta

błąd lekowy

zakażenie związane z opieką zdrowotną

awaria sprzętu medycznego

błąd diagnostyczny / terapeutyczny

inne (jakie?):

5. Opis zdarzenia (co się stało?):

.....

.....

.....

6. Skutki zdarzenia:

brak szkody

lekki uszczerbek na zdrowiu

ciężki uszczerbek na zdrowiu

zagrożenie życia

zgon

7. Podjęte działania bezpośrednio po zdarzeniu:

.....

.....

8. Czy zdarzenie zostało zgłoszone personelowi Szpitala?

TAK NIE

9. Dane osoby zgłaszającej (*opcjonalnie*):

.....

10. Data zgłoszenia:

.....

Podpis zgłaszającego (*opcjonalnie*):

.....