



Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Data:

Imię i nazwisko zgłaszającego:

PESEL

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

PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ PRZY ZGŁOSZENIU ANONIMOWYM

Imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie:

PESEL

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

PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ PRZY ZGŁOSZENIU ANONIMOWYM

Data wystąpienia zdarzenia:

Godzina:

Data zgłoszenia zdarzenia:

Godzina:

Typ zdarzenia

- Zdarzenia niepożądane, które DOSIĘGNĘŁY pacjenta – wystąpiła szkoda pacjenta

- Zdarzenia niepożądane, które NIE DOSIĘGNĘŁY pacjenta – nie wystąpiła szkoda pacjenta

Związane ze świadczeniami medycznymi

błędna diagnoza skutkująca szkodą pacjenta

błędna diagnoza **nie** skutkująca szkodą pacjenta

wydanie niewłaściwego wyniku badania skutkujące szkodą pacjenta

wydanie niewłaściwego wyniku badania **nie** skutkujące szkodą pacjenta

niewłaściwa ordynacja leku skutkująca szkodą pacjenta

niewłaściwa ordynacja leku nie skutkująca szkodą pacjenta

zbyt późne wdrożenie leczenia skutkujące szkodą pacjenta

zbyt późne wdrożenie leczenia **nie** skutkujące szkodą pacjenta

zaniechanie leczenia skutkujące szkodą pacjenta

zaniechanie leczenia **nie** skutkujące szkodą pacjenta

przekazanie nieprawidłowej informacji skutkujące szkodą pacjenta

przekazanie nieprawidłowej informacji **nie** skutkujące szkodą pacjenta

utrata materiału do badań skutkująca szkodą pacjenta

utrata materiału do badań **nie** skutkująca szkodą pacjenta

wypadki na terenie Przychodni skutkujące szkodą pacjenta

wypadki na terenie Przychodni **nie** skutkujące szkodą pacjenta

uszkodzenie ciała w przebiegu działań medycznych

śmierć pacjenta

inne

Związane z ordynacją leków

<input type="checkbox"/> podanie niewłaściwego leku	<input type="checkbox"/> uniknięto podania niewłaściwego leku
<input type="checkbox"/> podanie niewłaściwej dawki	<input type="checkbox"/> uniknięto podania niewłaściwej dawki
<input type="checkbox"/> podanie leku niewłaściwemu pacjentowi	<input type="checkbox"/> uniknięto podania leku niewłaściwemu pacjentowi
<input type="checkbox"/> podanie leku w niewłaściwym czasie	<input type="checkbox"/> uniknięto podania leku w niewłaściwym czasie
<input type="checkbox"/> niewłaściwa droga podania leku	<input type="checkbox"/> uniknięto podania leku niewłaściwą drogą podania
<input type="checkbox"/> podano lek z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika	<input type="checkbox"/> uniknięto podania leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika
<input type="checkbox"/> podanie leku po upływie jego terminu ważności	<input type="checkbox"/> uniknięto podania leku po upływie terminu jego ważności
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> inne

Związane ze sprzętem medycznym, wyposażeniem

<input type="checkbox"/> brak dostępności sprzętu skutkujące szkodą pacjenta	<input type="checkbox"/> zdarzenie niedoszłe związane z brakiem dostępności sprzętu nie skutkujące szkodą pacjenta
<input type="checkbox"/> awarie sprzętu skutkujące szkodą pacjenta	<input type="checkbox"/> zdarzenie niedoszłe związane z awariami sprzętu nie skutkujące szkodą pacjenta
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> inne

Skutek zdarzenia – szkody pacjenta, pracownika, ZOZ

.....
Podpis zgłaszającego

PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ PRZY ZGŁOSZENIU ANONIMOWYM

.....
Podpis przyjmującego zgłoszenie