

KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY

Dane osoby zgłaszającej (pole nieobowiązkowe można wpisać inicjały)

--

Wiek osoby zgłaszającej:..... Płeć: kobieta.....mężczyzna.....

Zgłaszający (zaznacz):

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">... Personel... Pacjent... Rodzina pacjenta... Świadek zdarzenia... Pozostałe (jakie) |
|--|

Data i godzina wystąpienia zdarzenia:

--

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

--

Dane pacjenta którego dotyczy zdarzenie niepożądane (jeśli znane):

--

Wiek pacjenta: Płeć: kobieta.....mężczyzna.....

Świadkowie zdarzenia:

--

Kategoria zdarzenia niepożądanego (zaznacz właściwe):

- | |
|--|
| ... Związane z postępowaniem medycznym |
| ... Związane z opieką nad pacjentem |
| ... Związane z farmakoterapią |
| ... Związane z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych |
| ... Związane ze sprzętem medycznym i wyposażeniem |
| ... Związane z dokumentacją medyczną |

... Związane z nieprzestrzeganiem procedur formalnych wymaganych przepisami
... Związane ze zdarzeniami niespodziewanymi
... Związane z organizacją pracy i zarządzaniem
... Zdarzenia o mało co (near miss - zdarzenia niedoszłe)
... Zdarzenia inne...

Opis zdarzenia niepożądanego (przebieg, przyczyna):

--

Skutek zdarzenia:

--

Niezwłocznie podjęte działania naprawcze/ i lub zapobiegawcze:

--

WYPEŁNIA OSOBA UPOWAŻNIONA

Data przyjęcia zgłoszenia (dzień, miesiąc, rok, godzina, minuta):

--

Nr zarejestrowanej Karty:

--