

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Czy zgłoszenie jest anonimowe?

☐ Tak (pomiń pkt 2. Dane zgłaszającego i przejdź do pkt 3)

☐ Nie (wypełnij pkt 2. Dane zgłaszającego)

2. Dane zgłaszającego (Należy wypełnić tylko jeżeli zgłoszenie nie jest anonimowe).

Imię i nazwisko _____

Adres e-mail _____ Telefon kontaktowy _____

3. Kto zgłasza zdarzenie?

☐ Pacjent

☐ Rodzina/ Osoba bliska pacjenta

☐ Opiekun pacjenta

☐ Personel medyczny

☐ Inna osoba (np. świadek, audytor)

4. Charakter zdarzenia:

☐ Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i wywołało szkodę

☐ Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i nie wywołało szkody

☐ Zdarzenie niepożądane niedoszło („near miss” - sytuacja, w której mogło dojść do wypadku, urazu lub szkody, ale ostatecznie do nich nie doszło)

5. Data zdarzenia _____ Godzina zdarzenia _____

6. Miejsce, w którym doszło do zdarzenia (Oddział/ Przychodnia/ Poradnia/ Pracownia):

7. Opis zdarzenia (Proszę opisać, co się wydarzyło. Uwzględnić daty, okoliczności, uczestników i skutki, jeśli wystąpiły)

8. Uwagi/ propozycje działań zapobiegawczych (opcjonalnie)
