



Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

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

Płeć (do wyboru):

Wiek

Kobieta

Mężczyzna

Czas wystąpienie 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 placówki

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy)

Świadkowie zdarzenia

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| • Spostrzeżenie personelu | <input type="checkbox"/> | • Kontrola/audit zewnętrzny | <input type="checkbox"/> |
| • Spostrzeżenia pacjenta | <input type="checkbox"/> | • Reklamacja/skarga/roszczenie | <input type="checkbox"/> |
| • Spostrzeżenia osoby trzeciej | <input type="checkbox"/> | • Przegląd dokumentacji medycznej | <input type="checkbox"/> |
| • Kontrola/audit wewnętrzny | <input type="checkbox"/> | • Inne (jakie?) | <input type="checkbox"/> |



Opis zdarzenia niepożądanego: *(pole opisowe)*

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki: *(pole opisowe)*

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

Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło, ang. near miss) *(do wyboru):* TAK NIE

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

- Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze)
- Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego
- Związanych z leczeniem i farmakologią
- Związanych z opieką nad pacjentem
- Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi
- Związanych z nieprzestrzeganiem procedur
- Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji)

Podkategoria zdarzenia niepożądanego: *(wpisz nr kategorii i literę podkategorii np. 4h)*

1. Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze):

- a. brak bieżących przeglądów technicznych,
- b. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- c. awaria sprzętu,
- d. nieczytelny panel aparatu,

- e. nieergonomiczny układ przycisków czy uchwytów sprzętu medycznego,
- f. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
- g. inne.

2. Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:

- a. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
- b. mylna identyfikacja miejsca zabiegowego lub kończyny operowanej,
- c. niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizjoterapeutycznego,
- d. przeprowadzenie serii zabiegów fizjoterapeutycznych w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki fizjoterapeutycznej),
- e. uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury fizjoterapeutycznej,
- f. niewykrycia wystąpienie żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur fizjoterapeutycznych,
- g. inne.

3. Związanych z leczeniem i farmakologią:

- a. błędną diagnozę z uwagi na:
 - mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
 - mylny opis badań radiologicznych,
 - mylny opis badania histopatologicznego,
- b. zlecenie niewłaściwego zabiegu,
- c. zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
- d. nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
- e. uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
- f. pomyłkę w podaniu leku, w tym:
 - podanie niewłaściwego leku,
 - błędne ustalenie dawki leku,
 - błędną identyfikację pacjenta,
 - niewłaściwy czas podania leku,
 - nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
 - nieprawidłowa drogę podania leku,
 - nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
 - zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- g. inne.

4. Związanych z opieką nad pacjentem:

- a. mylną identyfikacją pacjenta,
- b. mylną identyfikacją procedury,
- c. niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- d. odleżyny powstałe w związku z zaniedbaniem opieki,
- e. odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego,
- f. zakażenie sanatoryjne,
- g. sepsa,
- h. zatrucie pokarmowe,
- i. wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
- j. inne.



5. Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:

- a. próbę samobójczą,
- b. samobójstwo,
- c. upadek pacjenta w placówce,
- d. samowolne oddalenie się pacjenta z Sanatorium
- e. korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających,
- f. zgon pacjenta,
- g. utonięcie lub podtopienie,
- h. inne.

6. Związanych z nieprzebrzeganiem procedur:

- a. przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
- b. udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- c. inne.

7. Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):

- a. brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
- b. dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
- c. niewłaściwa identyfikacja pacjenta, brak czytelnych identyfikatorów,
- d. niewystarczająca liczba personelu,
- e. niska jakość doboru personelu,
- f. niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, praca nocna, zmianowa, dopuszczenie do pracy pracownika pracującego w kilku miejscach – bez zachowania odpoczynku dobowego),
- g. nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
- h. nieprawidłowa komunikacja,
- i. inne.

Informacje o osobie zgłaszającej (należy zapewnić możliwość anonimizacji danych):

Imię i nazwisko

Stanowisko (jeśli dotyczy) **lub pokrewieństwo w stosunku do pacjenta**

Nazwa placówki (jeśli dotyczy)

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy)

Data zgłoszenia