**Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Płeć (do wyboru): | Kobieta | Mężczyzna |
| Wiek |  |  |
| **Czas wystąpienie zdarzenia** *(jeśli znany)***:***Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)* |  | *Godzina, minuta (HH:MM)* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |

**i/*lub***

**Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu** *(jeśli znany)***:** *Godzina, minuta (HH:MM) Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |

**Miejsce wystąpienia zdarzenia:** *Nazwa placówki*

**Komórka organizacyjna** *(jeśli dotyczy)*

# Świadkowie zdarzenia

**Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:**

* Spostrzeżenie personelu 
* Spostrzeżenia pacjenta
* Spostrzeżenia osoby trzeciej 
* Reklamacja/skarga/roszczenie
* Przegląd dokumentacji medycznej
* Inne (jakie?)

**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 niedoszłe)** *(do wyboru)****:*** TAK  NIE

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

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

* 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)

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

* 1. brak bieżących przeglądów technicznych,
	2. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
	3. awaria sprzętu,
	4. nieczytelny panel aparatu
	5. nieergonomiczny układ przycisków czy uchwytów sprzętu medycznego,
	6. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
	7. inne.

# Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:

* 1. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
	2. mylna identyfikacja miejsca zabiegowego lub kończyny operowanej,
	3. niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego,
	4. przeprowadzenie serii zabiegów fizjoterapeutycznych w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z

kanonem sztuki fizjoterapeutycznej),

* 1. uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo

zastosowanej procedury fizjoterapeutycznej,

* 1. niewykrycia wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur fizjoterapeutycznych,
	2. inne.

# Związanych z leczeniem i farmakologią:

* 1. błędną diagnozę z uwagi na:
		+ mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
		+ mylny opis badań radiologicznych,
		+ mylny opis badania histopatologicznego,
	2. zlecenie niewłaściwego zabiegu,
	3. 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,
	4. nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
	5. uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
	6. 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,
	7. inne.

# Związanych z opieką nad pacjentem:

* 1. mylną identyfikacją pacjenta,
	2. mylną identyfikacją procedury,
	3. niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
	4. odleżyny powstałe w związku z zaniedbaniem opieki,
	5. odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego,
	6. zakażenie sanatoryjne,
	7. sepsa,
	8. zatrucie pokarmowe,
	9. wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
	10. inne.

# Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:

* 1. próbę samobójczą,
	2. samobójstwo,
	3. upadek pacjenta w placówce,
	4. samowolne oddalenie się pacjenta z Sanatorium
	5. korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających,

 f. utonięcie lub podtopienie,

 g. inne.

# Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:

* 1. przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
	2. udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
	3. niestosowanie się do obowiązujących procedur i instrukcji obowiązujących w placówce
	4. inne.

# Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):

* 1. brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
	2. dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień
	3. niewłaściwa identyfikacja pacjenta, brak czytelnych identyfikatorów,
	4. niewystarczająca liczba personelu,

 e. niewłaściwe planowanie pracy

 f. nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,

 g. nieprawidłowa komunikacja,

 h. 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 .............................................**