OSTEODEX
Centrum Medyczne

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i Nazwisko
……

Kategoria osoby zgłaszającej *(należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii)*

☐ osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych lub osoba biorąca udział w udzieleniuświadczeń zdrowotnych (*stanowisko* .....)

☐ świadek zdarzenia niepożądanego

☐ pacjent

☐ rodzina pacjenta lub opiekun

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

……

……

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko …… PESEL ……

Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

Czas wystąpienie zdarzenia niepożądanego *(należy podać rok, miesiąc, dzień, jeśli to możliwe również godzinę)*

……

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu niepożądanym *(należy podać rok, miesiąc, dzień)*

……

Miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego

……

……

……

……

Opis zdarzenia niepożądanego

……

……

……

……

……

……

……

Obszar działalności leczniczej, w którym wystąpiło zdarzenie niepożądane
(należy zaznaczyć X przy wybranym obszarze)

☐ zgon pacjenta

☐ trwałe lub znaczne inwalidztwo

☐ reoperacja

☐ rehospitalizacja

☐ urządzenia medyczne/ wyroby medyczne/ wyposażenie

- brak/ograniczenie dostępności sprzętu
- awaria sprzętu
- uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/ użytkowania sprzętu
- przekroczenie dawki promieniowania jonizującego podczas badania
- inne (jakie?) ……

☐ organizacja pracy i personelu medycznego

- niewłaściwa identyfikacja pacjenta
- niedostateczna opieka (np. niewystarczająca liczba personelu, niska jakość dostarczanej opieki)
- opóźnienie wizyty bez wpływu na stan zdrowia
- nieterminowe dostarczenie opieki
- błędne skierowanie pacjenta do niewłaściwej poradni
- nieprawidłowa komunikacja
- inne (jakie?) ……

☐ leczenie pacjenta

- błędna diagnoza
- brak rozpoznania choroby wymagającej pilnego leczenia
- mylna interpretacja wyników badań laboratoryjnych
- mylny opis badań diagnostycznych wykonywanych w placówce
- mylna identyfikacja pacjenta
- mylna identyfikacja procedury
- mylna identyfikacja miejsca operowanego

- uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej procedury/ ciało obce pozostawione w polu operacyjnym
- brak/niewłaściwa profilaktyka żylnej choroby zakrzepowo - zatorowej
- wystąpienie żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej

☐ opieka nad pacjentem

- niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki
- mylna identyfikacja pacjenta
- mylna identyfikacja procedury
- zakażenie szpitalne - (jakie?)….
- upadek w placówce
- samowolne oddalenie się pacjenta z Oddziału
- samobójstwo/próba samobójcza w placówce
- inne (jakie?) ……

☐ zdarzenie dotyczące farmakoterapii

- ciężka reakcja anafilaktyczna po podanym leku
- niewłaściwy pacjent
- niewłaściwa dawka
- niewłaściwy lek
- niewłaściwy czas podania leku
- nieprawidłowa droga podania
- nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
- nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku
- zdarzenia związane z okresem ważności leku
- inne (jakie?) ……

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

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

Data i godzina zgłoszenia .....
DD/MM/RRRR 00:00