Załącznik nr 2

**Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego**

**Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

Wiek

Płeć (do wyboru): Kobieta Mężczyzna

 xx

**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:**

|  |
| --- |
|  |

**Opis zdarzenia niepożądanego:** (pole opisowe)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
| Kategoria zdarzenia niepożądanego: |
| Podkategoria zdarzenia niepożądanego: |

* ***Zgon pacjenta***
* ***Zgon okołooperacyjny***
* ***Trwałe lub znaczne inwalidztwo***
* ***Reoperacja***
* ***Rehospitalizacja***
* ***Przedłużona hospitalizacja***
* ***Konieczność hospitalizacji na innym oddziale, niewynikająca z naturalnego przebiegu choroby pacjenta***
* ***Zdarzenia związane z leczeniem i opieką nad pacjentem***
* *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*
* *błędna diagnoza*
	+ *mylna interpretacja wyników badań laboratoryjnych*
	+ *mylny opis badań radiologicznych*
	+ *mylny opis badania histopatologicznego*
	+ *niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki*
	+ *zakażenie szpitalne - (jakie?)….*

|  |
| --- |
|  |

* + *odleżyna powstała w podmiocie*
	+ *upadek w placówce*
	+ *samowolne oddalenie się pacjenta z placówki*
	+ *samobójstwo/próba samobójcza w placówce*
	+ *inne (jakie?)…*

|  |
| --- |
|  |

* ***Zdarzenie dotyczące farmakoterapii***
	+ *niewłaściwy pacjent*
	+ *niewłaściwa dawka*
	+ *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?)*

|  |
| --- |
|  |

* ***Zdarzenie dotyczące transfuzjologii***
* *podanie krwi niezgodnej grupowo*
* *niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem*
* *niewłaściwe wskazania do przetoczenia i odstąpienie od przetoczenia*
* *inne działania związane z przetoczeniem krwi (jakie?)*
* ***Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego/ wyrobów medycznych/ wyposażenia***
* *brak/ograniczenie dostępności sprzętu*
* *awaria sprzętu*
* *uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu*
* *przekroczenie dawki promieniowania jonizującego podczas zabiegu*
* *inne (jakie?)*

|  |
| --- |
|  |

* ***Zdarzenia dotyczące organizacji pracy***
* *niewłaściwa identyfikacja pacjenta*
* *niedostateczna opieka (np. niewystarczająca liczba personelu, niska jakość dostarczanej opieki)*
* *nieterminowe dostarczenie opieki*
* *nieprawidłowa komunikacja*
* *inne (jakie?)*

|  |
| --- |
|  |

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

Zawód/Stanowisko (nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

**Data zgłoszenia:**

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

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

Godzina, minuta (HH:MM)

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