



Karta Zgłoszenia Zdarzenia Niepożądanego i Analizy Przyczyny Jego Wystąpienia

Nr..... / ROK

Załącznik nr 2 do procedury postępowania ze zdarzeniami niepożądanymi

Część I (uzupełnia osoba zgłaszająca Zdarzenie Niepożądane):

Imię i nazwisko Pacjenta lub Nr Ks. Gł. **(dobrowolne, niekonieczne)**:

.....

Data Zdarzenia: Miejsce zdarzenia :

(nazwa obszaru, w którym wystąpiło zdarzenie)

Kategoria Zdarzenie Niepożądane:

- ☐ Zbyt długi czas oczekiwania pacjenta na świadczenie medyczne
- ☐ Nieprzestrzeganie praw pacjenta
- ☐ Niepoprawne podanie Leku (rodzaj Leku, dawka, sposób podania, interakcja, nie ten Pacjent)
- ☐ Realizacja Świadczenia Zdrowotnego innej osobie niż w zleceniu
- ☐ Podjęcie działań medycznych w wyniku niewłaściwych lub wadliwych wyników diagnostycznych (np. obrazowych – USG, laboratoryjnych itp.) lub zleceń lekarskich lub fizjoterapeutycznych
- ☐ Niepoprawna realizacja procedury medycznej w zakresie: niewłaściwa procedura
- ☐ Uszkodzenie ciała Pacjenta (np. poparzenie, odmrożenie, odczyn alergiczny, wynaczynienie itp.) w trakcie udzielania procedury medycznej np. procedur pielęgniarских i innych
- ☐ Uszkodzenie Pacjenta w wyniku pożaru lub innego zdarzenia awaryjnego
- ☐ Niepoprawna realizacja dystrybucji posiłków (zleconej diety)
- ☐ Uszkodzenie ciała w wyniku uchybień budowlanych, awarii wyposażenia technicznego itp.
- ☐ Upadek Pacjenta na terenie poradni
- ☐ Upadek Pacjenta z leżanki w pokoju Pacjenta lub innych środków transportowych (nosze, wózki)
- ☐ Samobójstwo Pacjenta / próba samobójcza
- ☐ Napaść na Pacjenta, gwałt, zabójstwo Pacjenta w przychodni (poza atakiem terrorystycznym)
- ☐ Poparzenie Pacjenta z jego winy (np. oparzenie niedopałkiem papierosa, poparzenie się wrzątkiem)
- ☐ Poważny uszczerbek na zdrowiu lub zgon Pacjenta w wyniku powikłań (niejasnej sytuacji) w trakcie / po udzieleniu Procedury Medycznej.

- ☐ Znaczne pogorszenie się stanu zdrowia, wymagające przekazania Pacjenta Transportem medycznym do innej placówki – szpital lub jego zgon
- ☐ Inne:
-

Opis Zdarzenia Niepożądanego:

.....

.....

.....

.....

.....

Prawdopodobna przyczyna wystąpienia Zdarzenia Niepożądanego:

.....

.....

.....

.....

.....

Wyniki badań potwierdzających wystąpienie Zdarzenia Niepożądanego lub jego skutki (jeżeli są):

.....

.....

.....

.....

Opis dotychczas podjętych działań:

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis zgłaszającego (podpis jest dobrowolny)

Część II (uzupełniana przez Pełnomocnika ds. Systemu Jakości):

MATRYCA SAFETY ASSESSMENT CODE (SAC):

Prawdopodobieństwo:	
Ciężkość Zdarzenia Niepożądanego:	
Punkty SAC:	

☒	Konieczność przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego
☐	Brak konieczności przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego
☐	Konieczność przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego

.....
Data, pieczętka i podpis Pełnomocnika ds. SJ

.....
Data, pieczętka i podpis Dyrektora

Część III (uzupełnia Pełnomocnik ds. Systemu, Jakości w przypadku 2 pkt. SAC/ Zespół ds. Analizy Zdarzenia Niepożądanego w przypadku 3 pkt. SAC):

Opis przyczyny wystąpienia Zdarzenia Niepożądanego:

.....

.....

.....

.....

.....

[x]	Obszar potencjalnego problemu
	Komunikacja pomiędzy Personelem
	Świadomość i kompetencje Personelu
	Nadzór nad Personelem
	Komunikacja z Pacjentem / bliskimi Pacjenta
	Dostępność informacji
	Wsparcie techniczne
	Środowisko fizyczne
	Dysfunkcje organizacyjne procesu
	inne

Opis proponowanych Działań Doskonalących:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data, pieczętka i podpis Pełnomocnika ds. SJ

.....
Podpisy członków Zespołu ds. Zdarzenia

Niepożądanego (jeśli dotyczy)

.....
Data, pieczętka i podpis Dyrektora