



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Zgłaszający:		
Imię i nazwisko:	Zawód:	Stanowisko:
2. Dane pacjenta:		
Płeć: ☐ M ☐ K	Wiek:	Nr Księgi głównej:
3. Lokalizacja zdarzenia w szpitalu (oddział, miejsce w oddziale):		
4. Czas wystąpienia zdarzenia:		
Data (rrrr-mm-dd):	Godzina (gg:mm):	
Uwaga: Wszystkie dane dotyczące zgłaszającego i pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie oraz lokalizacja zdarzenia i czas jego wystąpienia zostają skutecznie usunięte z formularza papierowego i systemu informatycznego 14 dni po zgłoszeniu		
5. Czynniki wpływające na wystąpienie zdarzenia:		
6. Typ zdarzenia:		
Zdarzenia niepożądane (ZN), które DOSIĘGNĘŁY pacjenta	Zdarzenia niedoszące (NZN), które NIE DOSIĘGNĘŁY pacjenta	
a) działalność kliniczna	a) działalność kliniczna	
☐ ciało obce pozostawione w polu operacyjnym ☐ mylna identyfikacja pacjenta ☐ mylna identyfikacja procedury ☐ mylna identyfikacja miejsca operowanego ☐ błędna diagnoza ☐ embolia płucna po zabiegu operacyjnym ☐ uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego ☐ niedostarczenie opieki	☐ ciało obce nieomal pozostawione w polu operacyjnym ☐ początkowo mylna identyfikacja pacjenta ☐ początkowo mylna identyfikacja procedury ☐ początkowo mylna identyfikacja miejsca operowanego ☐ uniknięcie uszkodzenia ciała w wyniku zabiegu operacyjnego ☐ zweryfikowana błędna diagnoza	
b) farmakoterapia	b) farmakoterapia	
☐ pomyłka w podaniu leku: nie ten lek ☐ pomyłka w podaniu leku: niewłaściwa dawka ☐ pomyłka w podaniu leku: niewłaściwy pacjent ☐ pomyłka w podaniu leku: niewłaściwy czas podania leku ☐ pomyłka w podaniu leku: niewłaściwa droga podania ☐ pomyłka w podaniu leku: niewłaściwy rozpuszczalnik ☐ pomyłka w podaniu leku: podanie leku po upływie terminu jego ważności	☐ uniknięto podania niewłaściwego leku ☐ uniknięto podania niewłaściwej dawki ☐ uniknięto podania leku niewłaściwemu pacjentowi ☐ uniknięto podania leku w niewłaściwym czasie ☐ uniknięto podania leku niewłaściwą drogą podania ☐ uniknięto podania leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika ☐ uniknięto podania leku po upływie terminu ważności	

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

c) przetaczanie krwi i jej składników	c) przetaczanie krwi i jej składników
☐ niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem ☐ podanie niewłaściwej jednostki ☐ inne działania związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych ☐ niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia	☐ niewłaściwa identyfikacja pacjenta zweryfikowana przed przetoczeniem ☐ skorygowanie podania niewłaściwej jednostki ☐ inne zdarzenie niedoszące związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych ☐ zweryfikowane początkowo niewłaściwe wskazania, skutkujące odstąpieniem od przetoczenia
d) zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy	d) zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy
☐ brak dostępności sprzętu ☐ awarie sprzętu ☐ nie właściwa identyfikacja pacjenta ☐ niedostateczne obsady dyżurowe	☐ zdarzenia niedoszące związane z brakiem dostępności sprzętu ☐ zdarzenia niedoszące związane z awariami sprzętu ☐ zweryfikowana niewłaściwa identyfikacja pacjenta ☐ zdarzenia niedoszące związane z niedostatecznymi obsadami dyżurowymi
e) inne:	e) inne zdarzenia niedoszące dotyczące:
☐ odleżyny powstałe w szpitalu ☐ upadki w szpitalu ☐ samobójstwo ☐ próba samobójcza w szpitalu ☐ inne	☐ upadku w szpitalu ☐ samobójstwa ☐ próby samobójczej w szpitalu ☐ inne (wymień jakie)
7. Skutek zdarzenia – dla pacjenta i szpitala:	
8. Reakcja bezpośrednio po zdarzeniu:	
9. Uwagi/komentarz:	