

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego (Załącznik 2a)

Formularz zdarzenia niepożądanego jest ANONIMOWY.

Zgłaszane zdarzenia niepożądane są kluczowe dla monitorowania jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w Stowarzyszeniu. Zgłoszenia są monitorowane i analizowane.

1) Osoba zgłaszająca:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ personel | ☐ świadek zdarzenia niepożądanego |
| ☐ pacjent | ☐ inny |

2) Dane osoby zgłaszającej (pole nieobowiązkowe):

3) Data i godzina wystąpienia zdarzenia:

4) Data zgłoszenia:

5) Miejsce wystąpienia zdarzenia:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ gabinet lekarski | ☐ biuro |
| ☐ gabinet zabiegowy | ☐ korytarz |
| ☐ gabinet fizjoterapii | ☐ łazienka |
| ☐ pacjent | ☐ inne |

6) Kategoria zdarzenia niepożądanego:

- ☐ Zdarzenie dotyczące urządzeń medycznych, wyposażenia
- ☐ Zdarzenie dotyczące organizacji pracy personelu medycznego
- ☐ Zdarzenie związane z leczeniem i farmakologią
- ☐ Zdarzenie związane z opieką nad pacjentem
- ☐ Zdarzenie związane z nieprzestrzeganiem procedur
- ☐ Zdarzenie dotyczące organizacji pracy

7) Opis zdarzenia niepożądanego:

.....
.....
.....
.....

8) Skutek zdarzenia niepożądanego dla pacjenta:

.....
.....
.....