

KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Inicjały	
Płeć	
Wiek	
Data zdarzenia	
Miejsce zdarzenia	

Rodzaj zdarzenia medycznego

- Rzeczywiste**
 Niedoszłe

Działalność lecznicza	Sprzęt, wyposażenie, organizacja
<input type="checkbox"/> Mylna identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> Mylna identyfikacja procedury <input type="checkbox"/> Błędna diagnoza <input type="checkbox"/> Uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu <input type="checkbox"/> Nieterminowe dostarczenie opieki	<input type="checkbox"/> Brak dostępności sprzętu <input type="checkbox"/> Niewłaściwa identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> Awarie sprzętu <input type="checkbox"/> Niedostateczne obsady
Farmakoterapia	Inne (proszę podać jakie)
<input type="checkbox"/> Nie ten lek <input type="checkbox"/> Niewłaściwa dawka <input type="checkbox"/> Niewłaściwy pacjent <input type="checkbox"/> Niewłaściwy czas podania leku <input type="checkbox"/> Niewłaściwa droga podania leku <input type="checkbox"/> Podanie leku po terminie jego ważności	

Czynniki wpływające na przebieg zdarzenia

Przyczyny ze strony środowiska	Przyczyny ze strony personelu
<input type="checkbox"/> Śliskie podłogi, progi, ubytki w podłodze <input type="checkbox"/> Złe oświetlenie <input type="checkbox"/> Brak dodatkowych uchwytów, brak innych udogodnień (np. balkoniki) <input type="checkbox"/> Przystarzały sprzęt, brak przeglądów aparatury medycznej, brak kontroli urządzeń, awaria sprzętu <input type="checkbox"/> Niejednoznaczne oznaczenie leku <input type="checkbox"/> Awaria aparatury, urządzenia <input type="checkbox"/> Braki w wyposażeniu <input type="checkbox"/> Wady materiałowe <input type="checkbox"/> Organizacyjne <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/> Niezachowanie procedury (obsługa pacjenta, planowanie opieki, identyfikacja pacjenta) <input type="checkbox"/> Nieprawidłowe przygotowanie pacjenta <input type="checkbox"/> Brak przepływu informacji w zespole <input type="checkbox"/> Brak komunikacji pacjent – personel <input type="checkbox"/> Brak nadzoru, zaniedbanie personelu <input type="checkbox"/> Nieuwaga, brak koncentracji <input type="checkbox"/> Błąd, pomyłka, niekompetentne decyzje <input type="checkbox"/> Zdarzenie losowe <input type="checkbox"/> Zła organizacja pracy, przeciążenie pracą <input type="checkbox"/> Inne

Przyczyny ze strony pacjenta	Inne – proszę podać jakie
<input type="checkbox"/> Niewłaściwa percepcja zaleceń <input type="checkbox"/> Zdarzenie losowe <input type="checkbox"/> Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta <input type="checkbox"/> Niestosowanie się pacjenta do zaleceń <input type="checkbox"/> Niewłaściwe obuwie <input type="checkbox"/> Związane z jednostką chorobową <input type="checkbox"/> Brak opieki rodzica <input type="checkbox"/> Inne	<input type="checkbox"/>

Krótki opis zdarzenia (data wystąpienia zdarzenia, przebieg zdarzenia niepożądanego)

Nazwa produkt (nazwa, data ważności, seria) – jeśli dotyczy

.....

Uwagi zgłaszającego – inne:

.....