**Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego**

Załącznik nr 1

**Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mężczyzna |  |

Wiek Płeć (do wyboru): Kobieta

**Czas wystąpienie zdarzenia** (jeśli znany)**:**

Data: ………………………………………………………………. Godzina: ………………………….……………………………………….

**i/*lub***

**Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu** (jeśli znany)**:**

Data: ………………………………………………………………. Godzina: ………………………….……………………………………….

**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)

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Związane z leczeniem i farmakologią:**
2. niestosowanie standardów etyki zawodowej personelu medycznego wobec pacjenta

* przejawianie zachowań dyskryminujących wobec pacjentów
* udzielenie świadczenia przekraczającego kompetencje zawodowe i umiejętności
* wykorzystanie relacji terapeutycznej dla uzyskania korzyści osobistych i materialnych

1. zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania

zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie

choroba zakaźna i inwazyjna,

1. uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
2. pomyłkę w podaniu leku, w tym:
   * podanie niewłaściwego leku,
   * błędne ustalenie dawki leku,
   * błędną identyfikację pacjenta,
   * niewłaściwy czas podania leku,
   * nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
   * nieprawidłową drogę podania leku,
   * nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
   * zdarzenia związane z okresem ważności leku.
3. **Związane z opieką nad pacjentem:**
   1. mylną identyfikacją pacjenta,
   2. mylną identyfikacją procedury
   3. zakażenie szpitalne,
   4. sepsa,
   5. zatrucie pokarmowe,
   6. wstrząs anafilaktyczny związany z alergią.
4. **Związane z zdarzeniami niespodziewanymi:**
   1. próbę samobójczą,
   2. samobójstwo,
   3. samookaleczenie (autoagresja),
   4. upadek pacjenta w placówce,
   5. samowolne oddalenie się pacjenta z Ośrodka
   6. korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających,
   7. zgon pacjenta.
5. **Związane z nieprzestrzeganiem procedur:**
   1. przeprowadzenie procedury medycznej bez świadomej zgody pacjenta,
   2. udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
   3. brak poszanowania intymności i prywatności pacjenta,
   4. ujawnienie tajemnicy zawodowej.
6. **Dotyczące organizacji pracy:**
   1. dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania
7. zawodu medycznego),
8. niewłaściwa identyfikacja pacjenta,
9. niewystarczająca liczba personelu,
10. niska jakość doboru personelu,
11. niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, praca nocna, zmianowa, dopuszczenie do pracy pracownika pracującego w kilku miejscach – bez zachowania odpoczynku dobowego),
12. nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
13. nieprawidłowa komunikacja.

**Inne (jakie?)**

|  |
| --- |
|  |

**Dane osoby zgłaszającej:**

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

Zawód/Stanowisko (nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

**Data zgłoszenia:**

Data: ………………………………………………………………. Godzina: ………………………….……………………………………….