

Karta Zgłoszenia Zdarzenia Niepożądanego

Data zdarzenia _____

Płeć pacjenta: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Wiek pacjenta:

- ☐ Powyżej 71 roku ☐ 51 lat - 70 lat ☐ 31 lat - 50 lat ☐ 19 lat - 30 lat
☐ 7 lat - 18 lat ☐ 1 rok - 6 lat ☐ 1 - 12 miesięcy ☐ 0 - 1 miesiąc

Komórka organizacyjna:

- | | |
|--|---|
| ☐ Izba Przyjęć | ☐ Poradnia Chirurgii Ogólnej |
| ☐ Oddział Chirurgii | ☐ Poradnia Chirurgii Urazowo -Ortopedycznej |
| ☐ Oddział Neurologii | ☐ Poradnia Zdrowia Psychicznego |
| ☐ Oddział Ginekologiczno - Położniczy | ☐ Poradnia Kardiologiczna |
| ☐ Oddział Neonatologiczny | ☐ Poradnia Nefrologiczna |
| ☐ Oddział Chorób Wewnętrznych | ☐ Zakład Diagnostyki Obrazowej |
| ☐ Blok Operacyjny | ☐ Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej |
| ☐ ZOL IIIp | ☐ Pracownia Endoskopii |
| ☐ ZOL IVp | ☐ Pracownia Fizjoterapii |
| ☐ POZ | ☐ Zespół Wyjazdowy P Głubczyce |
| ☐ Poradnia Neurologiczna | ☐ Zespół Wyjazdowy P Kietrz |
| ☐ Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc | ☐ Zespół Wyjazdowy S Głubczyce |
| ☐ Poradnia Dermatologiczna | ☐ Pracownia EEG |
| ☐ Poradnia Otolaryngologiczna | ☐ Dział Farmacji |
| ☐ Poradnia Ginekologiczno - Położnicza | ☐ Hospicjum Domowe |
| ☐ Poradnia Urologiczna | ☐ Szkoła Rodzenia |
| | ☐ Inna: _____ |

Miejsce w którym doszło do incydentu:

- | | |
|---|--|
| ☐ Sala Operacyjna | ☐ Rejestracja |
| ☐ Gabinet Lekarski | ☐ Parking |
| ☐ Sala Chorych | ☐ Gabinet Zabiegowy |
| ☐ Winda | ☐ Gabinet Fizjoterapii |
| ☐ Klatka Schodowa | ☐ Korytarz |
| ☐ Poczekalnia | ☐ Łazienka |
| ☐ Pracownia Laboratoryjna | ☐ Inne _____ |
| ☐ Pracownia Diagnostyczna | |

Typ incydentu:

- | | |
|--|--|
| ☐ Nieprawidłowa Diagnoza | ☐ Nieprawidłowa organizacja pracy personelu/udzielania świadczeń zdrowotnych |
| ☐ Nieprawidłowa Terapia | ☐ Naruszenie Praw Pacjenta |
| ☐ Nieprawidłowy Zabieg | ☐ Zakażenie |
| ☐ Nieprawidłowe Podanie Leku | ☐ Upadek Pacjenta |
| ☐ Inne _____ | |

Opis incydentu:

Czy pacjent odniósł szkodę w wyniku incydentu?: ☐ Tak ☐ Nie

Potencjalna lub faktyczna szkoda jaką poniósł lub mógł ponieść pacjent w wyniku incydentu:

- | | |
|--|---|
| ☐ Uszkodzenie ciała | ☐ Pogorszenie stanu zdrowia |
| ☐ Rozstrój zdrowia fizyczny lub psychiczny | ☐ Konieczność dodatkowych zabiegów |
| ☐ Krzywda na skutek naruszenia praw pacjenta | ☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu |
| ☐ Śmierć | ☐ Zwiększone ryzyko powtórnych hospitalizacji |
| ☐ Upośledzenie czynności życiowych | ☐ Utrata zaufania do personelu |
| ☐ Wydłużenie hospitalizacji | ☐ Ograniczenie samodzielności |

Opis potencjalnej lub faktycznej szkody:

Czy zostały podjęte czynności niezwłocznie po wystąpieniu incydentu?:

☐ Tak ☐ Nie

Jakie czynności zostały podjęte po wystąpieniu incydentu?:

Czy pacjent posiada wiedzę o wystąpieniu incydentu?: ☐ Tak ☐ Nie

Waga incydentu medycznego:

☐ Nie określono ☐ Bardzo ciężki ☐ Ciężki ☐ Umiarkowany ☐ Lekki

Częstotliwość występowania incydentu medycznego:

☐ Często ☐ Sporadycznie ☐ Rzadko ☐ Bardzo rzadko

Proponowane działania korygujące (opcjonalne):
