

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

I. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

(Imię i nazwisko można podać opcjonalnie – zgłoszenie może być anonimowe)

- Imię i nazwisko zgłaszającego:
- Status zgłaszającego:
 - Pacjent
 - Rodzina pacjenta
 - Osoba bliska (odwiedzająca)
 - Inna (proszę podać):
- Kontakt (telefon, e-mail - opcjonalnie):

II. DANE PACJENTA (jeśli dotyczy)

- Imię i nazwisko pacjenta:
- Oddział / miejsce pobytu pacjenta:
- Data hospitalizacji (jeśli dotyczy):

III. OPIS ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

- Data i godzina zdarzenia:
- Miejsce zdarzenia:
- Rodzaj zdarzenia i skutek dla pacjenta (np. trudności w gojeniu się rany pooperacyjnej; nieprawidłowości przy podaniu leku; nieterminowe dostarczenie opieki; upadek pacjenta; itp. – zgodnie z definicją zdarzenia niepożądanego):

.....

.....

.....

IV. PROPOZYCJE POPRAWY / UWAGI

(Proszę wpisać ewentualne sugestie dotyczące zapobiegania podobnym zdarzeniom w przyszłości):

.....

.....

.....