



Budujemy profesjonalne pielęgniarstwo

Wypełnia osoba zgłaszająca zdarzenie niepożądane

Dane pacjenta: Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)

--

Wiek:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Czas wystąpienia zdarzenia: (jeśli znany)

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Godzina, minuta (HH:MM)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu: (jeśli znany)

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Godzina, minuta (HH:MM)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Miejsce wystąpienia zdarzenia: (nazwa komórki organizacyjnej lub dom pacjenta)

--

Świadkowie zdarzenia:

--

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| • Spostrzeżenie personelu | <input type="checkbox"/> | • Reklamacja/skarga | <input type="checkbox"/> |
| • Spostrzeżenie pacjenta | <input type="checkbox"/> | • Inne (jakie?)..... | <input type="checkbox"/> |
| • Spostrzeżenia osoby trzeciej | <input type="checkbox"/> | | |



Budujemy profesjonalne pielęgniarstwo

Opis zdarzenia niepożądanego (pole opisowe):

Skutek zdarzenia dla pacjenta i /lub placówki (pole opisowe):

Niezwłocznie podjęte działania naprawcze i/lub zapobiegawcze (pole opisowe):

Kategoria zdarzenia niepożądanego: (należy zaznaczyć wybraną kategorię)

- Dotyczące urządzeń medycznych, wyposażenia, interfejsu
- Dotyczące organizacji pracy personelu medycznego
- Związane z leczeniem i farmakologią
- Związane z opieką nad pacjentem
- Związane z zdarzeniami niespodziewanymi
- Związane z nieprzestrzeganiem procedur
- Dotyczących organizacji pracy i zarządzania organizacją
- Inne.....



Budujemy profesjonalne pielęgniarstwo

Informacja o osobie zgłaszającej (należy zapewnić możliwość anonimizacji danych):

Imię i nazwisko

Stanowisko (jeśli dotyczy) **lub pokrewieństwo w stosunku do pacjenta**

Nazwa placówki i jednostki organizacyjnej (jeśli dotyczy)

Data zgłoszenia.....