

	Samorządowy Publiczny Zakład Opieki zdrowotnej w Białobrzegach	Data zgłoszenia:	Symbol wew. dok:
			Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

.....
(Pieczętka Komórki Organizacyjnej)

Dane pacjenta (imię i nazwisko) **

Dane pracownika jeśli dotyczy (imię i nazwisko).....

Data zdarzenia Godz. Miejsce

** pole nie obowiązkowe

Rodzaj zdarzenia: (zaznaczyć prawidłowe)

- ☐ Błędne podanie leków (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania)
- ☐ Niewłaściwe wykonanie procedury medycznej (np. zdjęcie szwów)
- ☐ Pomylenie wyników badań pacjentów
- ☐ Niewłaściwe połączenie leku z innym lekiem
- ☐ Nieprawidłowo przygotowany pacjent do badań
- ☐ Błędy związane z diagnozą (np. rozpoznanie lekarskie nie ma potwierdzenia w wynikach badań diagnostycznych)
- ☐ Mało prawdopodobny wynik badań laboratoryjnych lub diagnostycznych
 - ☐ Wynikające z analizy raportów z laboratorium diagnostycznego
- ☐ Nieterminowe dostarczenie opieki
- ☐ Zbyt późne wystawienie skierowania do szpitala
- ☐ Niekorzystne następstwa użycia sprzętu medycznego (a także infekcje odcewnikowe)
- ☐ Upadek/urazy pacjenta na terenie przychodni
- ☐ Autoagresja
- ☐ Agresja pacjent/pacjent
- ☐ Agresja pracownik/ pacjent
- ☐ Samobójstwo/próba samobójcza pacjenta
- ☐ Zadławienia/zakrzuszenia/połyki (połknięcie obcego ciała)
- ☐ Niepożądane odczyny poszczepienne
- ☐ Inne

Rodzaj zdarzenia: niepożądane NIEDOSZŁE: (zdarzenie nie dotarło do pacjenta z powodu szybkiej

	Samorządowy Publiczny Zakład Opieki zdrowotnej w Białobrzegach	Data zgłoszenia:	Symbol wew. dok:
			Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

interwencji personelu lub innej osoby)

- ☐ Uniknięto błędnego podanie leków (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania)
- ☐ Uniknięto niewłaściwego wykonania procedury medycznej (np. termin/pacjent)
- ☐ Zweryfikowana niewłaściwa identyfikacja pacjenta/ procedury
- ☐ Udaremniono samobójstwo/próbie samobójczą na terenie przychodni
- ☐ Zdarzenie niedoszło związane z awarią sprzętu lub jego niedostępnością
- ☐ Uniknięcie pomylenia probówek, co mogło skutkować nieprawidłowym wynikiem badań laboratoryjnych lub diagnostycznych
- ☐ Inne

Opis zdarzenia (okoliczności i przebieg)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prawdopodobna przyczyna zdarzenia niepożądanego

.....

.....

Podjęte działania natychmiastowe (korekcyjne)

.....

.....

.....

Świadkowie zdarzenia:

1.
2.

Białobrzegi,
(data)

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

	Samorządowy Publiczny Zakład Opieki zdrowotnej w Białobrzegach	Data zgłoszenia:	Symbol wew. dok:
			Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem

Wypełnia Zespół ds. Analizy Zdarzeń Niepożądanych

Propozycje działań naprawczych:

.....

.....

.....

.....

Potwierdzenie wdrożenia działań:

.....

.....

.....

.....

Ocena ciężkości zdarzenia (zaznaczyć odpowiednie)				
Matryca SAC	CIĘŻKOŚĆ ZDARZENIA			
	katastrofalne	istotne	umiarkowane	nieistotne
PRAWDOPODOBIENSTWO				
częste	3	3	2	1
sporadyczne	3	2	1	1
rzadkie	3	2	1	1
Bardzo rzadkie/niezwykłe	3	2	1	1
Do zdarzenia wymagana jest analiza przyczyn źródłowych (RCA)				
Tak, ponieważ:				
Nie, ponieważ:				

Analiza przyczyn źródłowych:

.....

.....

.....

.....

.....
 Data i podpis osoby odpowiedzialnej za obszar, w którym doszło do zdarzenia