

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)

Wiek

Płeć (do wyboru):

Kobieta

Mężczyzna

Czas wystąpienie zdarzenia (data i godzina) (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień, godzina

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (data i godzina) (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień, godzina

Miejsce wystąpienia zdarzenia: Nazwa placówki

Poradnia (jeśli dotyczy)

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Opis zdarzenia niepożądanego w tym okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego: *(pole opisowe)*

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

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

Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło) *(do wyboru):* TAK NIE

Wskazanie typu zdarzenia niepożądanego: *(sugestie na liście poniżej)*

<p>Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> brak prawidłowego nadzoru nad sprzętem i aparaturą medyczną,<input type="checkbox"/> brak bieżących przeglądów technicznych,<input type="checkbox"/> brak/ograniczenie dostępności sprzętu,<input type="checkbox"/> awaria sprzętu,<input type="checkbox"/> nieczytelny panel aparatu,<input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu np.<input type="checkbox"/> porażenie prądem,<input type="checkbox"/> inne
<p>Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta w trakcie rejestracji lub do zabiegu diagnostycznego/leczniczego,<input type="checkbox"/> mylna identyfikacja miejsca zabiegowego,<input type="checkbox"/> przeprowadzenie serii zabiegów w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki),<input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury,<input type="checkbox"/> wydanie skierowań, recept itp. niewłaściwemu pacjentowi,<input type="checkbox"/> inne
<p>Związanych z leczeniem i farmakologią:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> błędna diagnoza z uwagi na:

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,<input type="checkbox"/>mylny opis badań radiologicznych/diagnostycznych/histopatologicznych,<input type="checkbox"/>nieprawidłowo przeprowadzony wywiad,<input type="checkbox"/>zlecenie niewłaściwego zabiegu,<input type="checkbox"/>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,<input type="checkbox"/>nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,<input type="checkbox"/>uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej, zakażenie czynnikiem biologicznym,<input type="checkbox"/>pomyłka w podaniu leku, w tym:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>podanie niewłaściwego leku,<input type="checkbox"/>błędne ustalenie dawki leku,<input type="checkbox"/>niewłaściwy czas podania leku,<input type="checkbox"/>nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,<input type="checkbox"/>nieprawidłowa droga podania leku,<input type="checkbox"/>nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)<input type="checkbox"/>zdarzenia związane z okresem ważności leku,<input type="checkbox"/>zalecenie wg nieaktualnych zaleceń (np. standardów, wytycznych medycznych),<input type="checkbox"/>niepożądane reakcje związane z leczeniem np. wstrząs anafilaktyczny,<input type="checkbox"/>inne
Związanych z opieką nad pacjentem: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>mylna identyfikacja pacjenta,<input type="checkbox"/>mylna identyfikacja procedury,<input type="checkbox"/>niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki (długi czas oczekiwania na wizytę lekarską),<input type="checkbox"/>zapalenie odcewnikowe układu moczowego,<input type="checkbox"/>sepsa,<input type="checkbox"/>wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,<input type="checkbox"/>inne
Związanych ze zdarzeniami niespodziewanymi: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>próba samobójcza,<input type="checkbox"/>samobójstwo,<input type="checkbox"/>upadek pacjenta w placówce,<input type="checkbox"/>samowolne oddalenie się pacjenta z placówki,<input type="checkbox"/>zgon pacjenta,<input type="checkbox"/>utknięcie pacjenta w windzie,<input type="checkbox"/>zatrzaśnięcie się pacjenta w pomieszczeniu WC,<input type="checkbox"/>inne
Związanych z nieprzestrzeganiem procedur: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,<input type="checkbox"/>udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,<input type="checkbox"/>brak poszanowania praw pacjenta,<input type="checkbox"/>inne
Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji): <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur,

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

- dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego, wymaganego szkolenia),
- niewłaściwa identyfikacja pacjenta,
- niewystarczająca liczba personelu,
- niska jakość doboru personelu,
- niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny),
- nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
- nieprawidłowa komunikacja,
- wyciek danych,
- inne

Data i godzina zgłoszenia.....

Rok, miesiąc, dzień, godzina