

|                                                                                  |                                          |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|
|  | Formularz                                | F01/OS-1     |
|                                                                                  | KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO | Wyd. II 2024 |
|                                                                                  |                                          | Strona 1 z 2 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Zgłaszający:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Imię i nazwisko:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 2. Dane pacjenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <div> <input type="checkbox"/> K   <input type="checkbox"/> M <div>wiek.....</div> <div>Nr księgi głównej.....</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 3. Lokalizacja zdarzenia/ Miejsce wystąpienia zdarzenia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <div> <div>Data wystąpienia zdarzenia:</div> <div>godzina:</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <div> <div>Uwaga: Wszystkie dane dotyczące zgłaszającego i pacjenta, którego dotyczy oraz lokalizacja zdarzenia i czas jego wystąpienia zostają usunięte z formularza 14 dni po zgłoszeniu.</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 5. Typ zdarzenia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| a) zdarzenia związane z leczeniem i opieką nad pacjentem/zdarzenia niespodziewane:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | b) zdarzenia dotyczące farmakoterapii/ badań laboratoryjnych:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <div> <input type="checkbox"/> mylna identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki <input type="checkbox"/> zakażenie szpitalne <input type="checkbox"/> odleżyna powstała w placówce <input type="checkbox"/> odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego <input type="checkbox"/> zatrucie pokarmowe <input type="checkbox"/> wstrząs anafilaktyczny <input type="checkbox"/> zakrzepica żył głębokich <input type="checkbox"/> objawy alergiczne po podaniu leków <input type="checkbox"/> nieplanowana/powtórna hospitalizacja <input type="checkbox"/> upadek/uraz pacjenta <input type="checkbox"/> samowolne oddalenie się pacjenta <input type="checkbox"/> samobójstwo/ próba samobójcza <input type="checkbox"/> agresja pacjent-pacjent <input type="checkbox"/> agresja pacjent-pracownik <input type="checkbox"/> spożycie alkoholu/ używek/ śr. odurzających <input type="checkbox"/> zgon <input type="checkbox"/> nieplanowana powtórna hospitalizacja <input type="checkbox"/> inne..... </div> | <div> <input type="checkbox"/> niewłaściwa dawka leku <input type="checkbox"/> niewłaściwy pacjent <input type="checkbox"/> nieprawidłowa droga podania <input type="checkbox"/> nieprawidłowy sposób przygotowania leku, np.: niewłaściwy rozpuszczalnik <input type="checkbox"/> podanie leku po upływie terminu ważności <input type="checkbox"/> niewłaściwe przechowywanie/transport próbek z materiałem <input type="checkbox"/> opóźnienie w dostarczeniu materiału do laborat. <input type="checkbox"/> nieprawidłowe pobranie materiału <input type="checkbox"/> nieprawidłowe opisanie materiału <input type="checkbox"/> nieprawidłowy/krytyczny wynik </div> |
| c) zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego/ wyposażenia/ wyrobów medycznych:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | d) zdarzenia dotyczące organizacji pracy/ BHP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <div> <input type="checkbox"/> brak/ograniczenie dostępności sprzętu <input type="checkbox"/> awaria sprzętu <input type="checkbox"/> brak bieżących przeglądów </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div> <input type="checkbox"/> brak/niewystarczająca liczba personelu <input type="checkbox"/> niewłaściwe planowanie pracy <input type="checkbox"/> wypadek w pracy </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                  |                                          |              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------|
|  | Formularz                                | F01/OS-1     |
|                                                                                  | KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO | Wyd. II 2024 |
|                                                                                  |                                          | Strona 2 z 2 |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> inne..... | <input type="checkbox"/> ekspozycja/zakłucie<br><input type="checkbox"/> nieprawidłowa komunikacja<br><input type="checkbox"/> dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień<br><input type="checkbox"/> inne..... |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Opis zdarzenia (okoliczności i przebieg)

.....

.....

.....

.....

.....

Prawdopodobna przyczyna zdarzenia niepożądanego.

.....

.....

.....

.....

Podjęte działania natychmiastowe (korekcyjne)

.....

.....

.....

.....

Złotoryja, dnia .....

.....

(podpis osoby zgłaszającej)

Wpłynęło do Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych dnia .....

Nr kolejny zgłoszenia .....

(podpis członka Zespołu)