	<b>SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE</b>	Numer: <b>D.013</b>
	DRUKI	Wydanie: <b>1</b>
	<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Zarządzenie nr: <b>71/2025</b>
		Obowiązuje od: <b>21.02.2025</b>
		Strona: <b>1 z 3</b>

### FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Data zdarzenia: ..... godzina zdarzenia: .....

Data zgłoszenia: .....

Zgłaszający *(należy wybrać jedną z opcji)*:

personel

pacjent

opiekun prawny

opiekun faktyczny

odwiedzający

inne .....

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

nazwa placówki .....

komórka organizacyjna .....

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko *(pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)*: .....

Płeć *(należy wybrać jedną z opcji)*:

Kobieta

Mężczyzna

Wiek: .....

Prosimy opisać przebieg zdarzenia niepożądanego, również niedosłego (potencjalnego). Im dokładniejsze dane, tym wnikliwiej będziemy mogli je rozpatrzyć. Informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia.

.....

.....

.....


.....

.....

.....

.....



	<b>SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE</b>	Numer: <b>D.013</b>
	DRUKI	Wydanie: <b>1</b>
	<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Zarządzenie nr: <b>71/2025</b>
		Obowiązuje od: <b>21.02.2025</b>
	Strona: <b>2 z 3</b>	

Kategoria zdarzenia niepożądanego (sugestie na liście poniżej):

1. Działalność kliniczna:

- zdarzenie dotyczące wyposażenia, sprzętu, organizacji pracy,
- farmakoterapii,
- przetaczania krwi i jej składników,
- inne.

Opis przyczyny:

.....

.....

.....

2. Czynniki wpływające na przebieg zdarzenia niepożądanego:

Przyczyny ze środowiska szpitalnego np;

- śliskie podłogi,
- złe oświetlenie,
- brak uchwytów w łazienkach,
- awaria aparatury,
- inne.

Opis przyczyny:

.....


.....

.....

3. Przyczyny ze strony pacjenta, np. kule, wózek inwalidzki, balkonik:

- związane z jednostką chorobową,
- nieprawidłowe obuwie,
- wiek pacjenta,
- niedostosowanie się do zaleceń,
- zdarzenie losowe,
- z niepełnosprawność: wózek,
- inne.



	<b>SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE</b>	Numer: <b>D.013</b>
	DRUKI	Wydanie: <b>1</b>
	<b>FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Zarządzenie nr: <b>71/2025</b>
		Obowiązuje od: <b>21.02.2025</b>
	Strona: <b>3 z 3</b>	

Opis przyczyny:

.....

.....

.....

4. Przyczyny ze strony personelu:

- niezachowanie procedury (nieprawidłowa opieka pacjenta, planowanie opieki, identyfikacja pacjenta),
- brak przepływu informacji w zespole terapeutycznym,
- brak komunikacji pacjent – personel,
- zaniedbanie personelu,
- błąd, pomyłka,
- zdarzenie losowe,
- zła organizacja pracy,
- inne.

Opis przyczyny:

.....

.....

.....

Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło, ang. near miss, *należy wybrać jedną z opcji*):

TAK

NIE

