

## Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

|                                                                                                                                                   |                                                             |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|--------------------|
| 1. Dane pacjenta                                                                                                                                  | Płeć: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K | Wiek:    | Nr Księgi Głównej: |
| 2. Czas wystąpienia zdarzenia                                                                                                                     | Data:                                                       | Godzina: |                    |
| 3. Komórka organizacyjna, w której wystąpiło zdarzenie, lokalizacja zdarzenia (np. oddział, miejsce w oddziale, korytarz, łazienka, itp.):        |                                                             |          |                    |
| 4. Czynniki wpływające na wystąpienie zdarzenia (np. nieodpowiednie instrumentarium, awaria sprzętu, śliska podłoga, nieczytelne zlecenie, itp.): |                                                             |          |                    |

| 5. Typ / kategoria zdarzenia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zdarzenia niepożądane (ZN), które<br>DOSIĘGNĘŁY pacjenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Zdarzenia niedoszłe (NZN), które<br>NIE DOSIĘGNĘŁY pacjenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>1) Działalność kliniczna</b><br><input type="checkbox"/> ciało obce pozostawione w polu operacyjnym<br><input type="checkbox"/> mylna identyfikacja pacjenta<br><input type="checkbox"/> mylna identyfikacja procedury<br><input type="checkbox"/> mylna identyfikacja miejsca operowanego<br><input type="checkbox"/> błędna diagnoza<br><input type="checkbox"/> nieplanowana reoperacja<br><input type="checkbox"/> zlecenie niewłaściwej profilaktyki zakrzepowej lub jej pominięcie<br>Uszkodzenie ciała w wyniku:<br><input type="checkbox"/> zabiegu operacyjnego<br><input type="checkbox"/> inwazyjnych metod diagnostycznych (np. biopsji, badań endoskopowych)<br><input type="checkbox"/> nieprawidłowości przy znieczuleniu<br><input type="checkbox"/> niedostarczenie opieki (np. zakażenie miejsca wkłucia) | <b>1) Działalność kliniczna</b><br><input type="checkbox"/> ciało obce nieomal pozostawione w polu operacyjnym<br><input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja pacjenta<br><input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja procedury<br><input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja miejsca operowanego<br><input type="checkbox"/> zweryfikowane zlecenie niewłaściwej profilaktyki zakrzepowej<br><input type="checkbox"/> uniknięcie uszkodzenia ciała w wyniku zabiegu operacyjnego / inwazyjnych metod diagnostycznych<br><input type="checkbox"/> zweryfikowana błędna diagnoza<br><input type="checkbox"/> uniknięcie nieprawidłowości przy znieczuleniu |
| <b>2) Farmakoterapia</b><br>Pomyłka w podawaniu leku:<br><input type="checkbox"/> niewłaściwy lek<br><input type="checkbox"/> niewłaściwa dawka<br><input type="checkbox"/> niewłaściwy pacjent<br><input type="checkbox"/> niewłaściwy czas podania leku<br><input type="checkbox"/> niewłaściwa droga podania<br>Powikłanie farmakoterapii:<br><input type="checkbox"/> wynaczynienie produktu leczniczego<br>Inne: <input type="checkbox"/> niewłaściwy rozpuszczalnik<br><input type="checkbox"/> podanie leku po upływie jego terminu ważności                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>2) Farmakoterapia</b><br>Uniknięto podania:<br><input type="checkbox"/> niewłaściwego leku<br><input type="checkbox"/> niewłaściwej dawki leku<br><input type="checkbox"/> leku niewłaściwemu pacjentowi<br><input type="checkbox"/> leku w niewłaściwym czasie<br><input type="checkbox"/> leku niewłaściwą drogą podania<br><input type="checkbox"/> leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika<br><input type="checkbox"/> leku po upływie terminu ważności                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>3) Przetaczanie krwi i jej składników</b><br><input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem<br><input type="checkbox"/> podanie niewłaściwej jednostki<br><input type="checkbox"/> inne działania związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwio pochodnych<br><input type="checkbox"/> niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>3) Przetaczanie krwi i jej składników</b><br><input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta, zweryfikowana przed przetoczeniem<br><input type="checkbox"/> skorygowanie podania niewłaściwej jednostki<br><input type="checkbox"/> zweryfikowane początkowo niewłaściwe wskazania, skutkujące odstąpieniem od przetoczenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>4) Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy</b><br><input type="checkbox"/> brak dostępności sprzętu<br><input type="checkbox"/> awarie sprzętu<br><input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta<br><input type="checkbox"/> niedostateczne obsady dyżurowe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>4) Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy</b><br><input type="checkbox"/> zweryfikowana niewłaściwa identyfikacja pacjenta<br><input type="checkbox"/> zdarzenia niedoszłe związane z niedostatecznymi obsadami dyżurowymi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

## Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5) Inne</b><br><input type="checkbox"/> odleżyny powstałe w szpitalu<br><input type="checkbox"/> upadki w szpitalu*<br><input type="checkbox"/> samobójstwo; próba samobójcza w szpitalu<br><input type="checkbox"/> samowolne oddalenie się poza teren szpitala<br><input type="checkbox"/> inne niebezpieczne zachowania pacjenta<br>/jaki/.....<br>..... | <b>5) Inne zdarzenia niedoszłe dotyczące:</b><br><br><input type="checkbox"/> sytuacji, w której nieomal nie doszło do upadku w szpitalu<br><input type="checkbox"/> uniemożliwienia samowolnego oddalenia się poza teren szpitala |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>6. Opis zdarzenia niepożądanego/ niedoszłego zdarzenia niepożądanego:</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                           |
| <b>7. Skutek zdarzenia – dla pacjenta i szpitala</b> (np. utrata/upośledzenia funkcji ruchu, czucia, fizjologicznej; przeniesienie na oddział intensywnej opieki; przedłużony pobyt, itp.):<br><br><br><br><br>                                |
| <b>8. Reakcja bezpośrednio po zdarzeniu</b> (np. zabezpieczenie dokumentacji medycznej, sprzętu, leków; zabezpieczenie opieki medycznej, która pomoże zredukować konsekwencje zdarzenia niepożądanego dla pacjenta, itp.):<br><br><br><br><br> |
| <b>Zgłaszający (dane pracownika):</b><br><br><br><div>Uwaga: Dane osobowe zostają skutecznie usunięte z systemu do tygodnia po zgłoszeniu.</div>                                                                                               |
| <b>9. Uwagi / komentarz:</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                           |

\* **UWAGA! ZGŁASZAJĄC UPADEK NALEŻY WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ TABELĘ**

|                                                                                                                   |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Data i godzina wystąpienia zdarzenia, inicjały pacjenta, wiek pacjenta:                                           |                                                           |
| Czy pielęgniarka/położna przeprowadziła ocenę ryzyka w momencie przyjęcia do szpitala?                            | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Jeżeli <b>tak</b> , to jaki był wynik oceny (ryzyko minimalne, podwyższone, wysokie)?                             | .....                                                     |
| Czy rehabilitant przeprowadził ocenę ryzyka upadku uproszczonym testem Tinetti?                                   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Jeżeli <b>tak</b> , to jaki był wynik oceny (ryzyko minimalne, średnie, duże)?                                    | .....                                                     |
| Okoliczności upadku (upadek/ osunięcie się z łóżka, sala chorych, łazienka, toaleta, korytarz, itp.):             |                                                           |
| Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały u pacjenta upadki?                                                   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Jeżeli <b>tak</b> , to w jakich okolicznościach?                                                                  | .....                                                     |
| Czy pacjent przyjmuje leki zaburzające równowagę (np. psychotropowe, p/depresyjne nasenne, obniżające ciśnienie)? | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Czy występują zawroty głowy zaburzenia równowagi?                                                                 | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Szkoda pacjenta (np. bez obrażeń, uraz, stłuczenie, złamanie, krwiak, itp.):                                      |                                                           |
| Rodzaj badań diagnostycznych, które zostały wdrożone u pacjenta/ zabiegi operacyjne/konsultacje:                  |                                                           |
| Diagnoza podstawowa i współistniejące:                                                                            |                                                           |