Zał.nr 1 do procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych w Ultra-Med-strefa Sp.zo.o

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

Wiek:

Płeć: Kobieta ☐ Mężczyzna ☐

Czas wystąpienie zdarzenia:a

Data:

				-			-		

Godzina, minuta:

i/*lub*

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu:

Data

				-			-		

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

Opis zdarzenia niepożądanego:

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki:

Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze):

Kategoria zdarzenia niepożądanego: (zgodnie listą poniżej)

Obszar zdarzenia niepożądanego:
Rodzaj zdarzenia niepożądanego:

l. obszar działalności klinicznej,
   - błędna lub niepełna diagnostyka,
   - mylna identyfikacja pacjenta,
   - niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu pomocy medycznej,
   - niepełny lub wadliwie zebrany wywiad,

- inne, (jakie?)

II. obszar związany z opieką zdrowotną
- mylna identyfikacją pacjenta,
- mylna identyfikacją procedury,
- niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- błędna lub niepełna diagnostyka,
- zakażenie w wyniku prowadzonych zabiegów,
- wstrząs anafilaktyczny,
- upadek pacjenta w placówce,
- zgon pacjenta na skutek prowadzonej terapii,
- inne, (jakie?)

III. obszar farmakoterapii
- pomylenie leku,
- nieuzasadnione podanie leku,
- pomylenie dawki,
- pomylenie pacjenta,
- niewłaściwy czas podania, w tym opóźnienie w podaniu,
- niewłaściwa droga podania,
- interakcje lekowe,
- podanie leku po upływie terminu przydatności,
- inne, (jakie?)

IV. obszar korzystania ze sprzętu medycznego:
- brak bieżących przeglądów technicznych,
- brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- awaria sprzętu,
- uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
- sprzęt przestarzały nie pozwalający na prowadzenie leczenia zgodnie z aktualnym poziomem wiedzy medycznej,
- inne, (jakie?)

V. obszar zgodności (compliance):

- przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
- udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- sporządzenie dokumentacji medycznej w sposób niekompletny lub niestaranny,
- udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- naruszenie tajemnicy lekarskiej/pielęgniarskiej,
- zniszczenie dokumentacji medycznej przed upływem terminów przewidzianych prawem,
- inne (jakie?)

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

Zawód/Stanowisko (nieobowiązkowe)

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, imię nazwisko, dane kontaktowe, nieobowiązkowe)

Data zgłoszenia:

Data:

				-			-		

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		