

Załącznik nr 2 do
Procedury zgłaszania zdarzeń niepożądanych
w podmiocie leczniczym
„SOLANKI” Uzdrawisko Inowrocław Sp z o.o.

FORMULARZ ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

„SOLANKI” Uzdrawisko Inowrocław Sp. z o.o.

Ul. Solankowa 77. 88-100 Inowrocław

Nr księgi rejestrowej: 000000002354

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

Wiek

Płeć (do wyboru):

Kobieta

☐

Mężczyzna

☐

Czas wystąpienie zdarzenia (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

 - -

Godzina, minuta (HH:MM)

 :

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

 - -

Godzina, minuta (HH:MM)

 :

Miejsce wystąpienia zdarzenia :

☐ Sanatorium Kujawiak
☐ Sanatorium Kujawianka
☐ Szpital Uzdrawiskowy Kujawiak
☐ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej

- ☐ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
- ☐ Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
- ☐ Fizjoterapia ambulatoryjna
- ☐ Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej Diennej
- ☐ Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej

Dokładny opis miejsca zdarzenia:

Opis zdarzenia niepożądanego: (pole opisowe)

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

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

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego

Spostrzeżenia personelu medycznego ☐

Kontrola zewnętrzna ☐

Spostrzeżenia personelu niemedycznego ☐

Skarga, reklamacja, roszczenie pacjenta ☐

Spostrzeżenie pacjenta ☐

Audyt wewnętrzny ☐

Spostrzeżenia świadków ☐

Analiza dokumentacji medycznej ☐

Spostrzeżenia rodziny ☐

Inne (jakie)..... ☐

Spostrzeżenia osób trzecich ☐

Kategoria zdarzenia niepożądanego: (sugestie na liście poniżej)

Kategoria zdarzenia niepożądanego:

- ☐ związane z leczeniem pacjenta
- ☐ związane z opieką nad pacjentem
- ☐ dotyczącym farmakoterapii
- ☐ dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia i organizacji pracy
- ☐ dotyczące organizacji pracy
- ☐ zdarzenia niespodziewane

Podkategoria zdarzenia niepożądanego:

.....

1. Związane z leczeniem pacjenta:

- a) błędna diagnoza z uwagi na
 - mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych
- b) zlecenie niewłaściwego zabiegu
- c) nieprawidłowe wykonanie zabiegu
- d) mylna identyfikacja miejsca zabiegowego
- e) niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego
- f) przeprowadzenie serii zabiegu w niewłaściwej kolejności
- g) uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej procedury
- h) zranienie lub zakłucie ostrymi narzędziami w trakcie wykonywania zabiegu

- i) konieczność hospitalizacji na innym oddziale, niewynikająca z naturalnego przebiegu choroby pacjenta
- 2. **Związane z opieką nad pacjentem**
 - a) mylna identyfikacja pacjenta
 - b) mylna identyfikacja procedury
 - c) niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki
 - d) odleżyna powstała w podmiocie
 - e) zakażenie szpitalne- jakie.....
 - f) sepsa
 - g) zatrucie pokarmowe
 - h) inne
- 3. **Dotyczącym farmakoterapii**
 - a) niewłaściwy pacjent
 - b) niewłaściwa dawka leku
 - c) niewłaściwy czas podania leku
 - d) nieprawidłowa droga podania
 - e) nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
 - f) nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku
 - g) zdarzenia związane z okresem ważności leku
 - h) inne
- 4. **Dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia i organizacji pracy**
 - a) brak aktualnych przeglądów technicznych
 - b) brak/ograniczenie dostępności sprzętu
 - c) awaria sprzętu
 - d) uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu
 - e) przekroczenie dawki promieniowania jonizującego podczas zabiegu
 - f) inne
- 5. **Dotyczące organizacji pracy**
 - a) niewłaściwa identyfikacja pacjenta
 - b) niedostateczna opieka (np. niewystarczająca liczba personelu, niska jakość dostarczanej opieki, dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień)
 - c) nieprawidłowa komunikacja, brak umiejętności pracy zespołowej
 - d) niewłaściwe planowanie pracy
 - e) inne
- 6. **Zdarzenia niespodziewane**
 - a) upadek pacjenta
 - b) samowolne oddalenie się pacjenta z podmiotu leczniczego
 - c) samobójstwo/próba samobójcza w placówce
 - d) korzystanie pacjenta z używek
 - e) inne

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

Zawód/Stanoisko (nieobowiązkowe)

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

Data zgłoszenia:

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

 - -

Godzina, minuta (HH:MM)

 :