

# Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Załącznik nr 1

## Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

### Dane osoby zgłaszającej:

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)

Wiek

Płeć (do wyboru):

Kobieta

Mężczyzna

**Czas wystąpienie zdarzenia (data i godzina) (jeśli znany):** .....

*Rok, miesiąc, dzień, godzina*

i/lub

**Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (data i godzina) (jeśli znany):** .....

*Rok, miesiąc, dzień, godzina*

**Miejsce wystąpienia zdarzenia:** *Nazwa placówki*

**Poradnia** (jeśli dotyczy)

**Świadkowie zdarzenia** (jeśli znani, nieobowiązkowe)

**Opis zdarzenia niepożądanego w tym okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:** (pole opisowe)

## Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

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

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

**Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło)** *(do wyboru):* TAK  NIE

**Wskazanie typu zdarzenia niepożądanego:** *(sugestie na liście poniżej)*

Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia:

- brak prawidłowego nadzoru nad sprzętem i aparaturą medyczną,
- brak bieżących przeglądów technicznych,
- brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- awaria sprzętu,
- nieczytelny panel aparatu,
- uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu np.
  - porażenie prądem,
- inne .....

Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:

- niewłaściwa identyfikacja pacjenta w trakcie rejestracji lub do zabiegu diagnostycznego/leczniczego,
- mylna identyfikacja miejsca zabiegowego,
- przeprowadzenie serii zabiegów w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki),
- uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury,
- wydanie skierowań, recept itp. niewłaściwemu pacjentowi,
- inne .....

Związanych z leczeniem i farmakologią:

- błędna diagnoza z uwagi na:
  - mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
  - mylny opis badań radiologicznych/diagnostycznych/histopatologicznych,
  - nieprawidłowo przeprowadzony wywiad,

## Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/>zlecenie niewłaściwego zabiegu,</li><li>• <input type="checkbox"/>zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania <input type="checkbox"/>zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,</li><li>• <input type="checkbox"/>nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,</li><li>• <input type="checkbox"/>uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej, zakażenie czynnikiem biologicznym,</li><li>• <input type="checkbox"/>pomyłka w podaniu leku, w tym:<ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/>podanie niewłaściwego leku,</li><li>• <input type="checkbox"/>błędne ustalenie dawki leku,</li><li>• <input type="checkbox"/>niewłaściwy czas podania leku,</li><li>• <input type="checkbox"/>nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,</li><li>• <input type="checkbox"/>nieprawidłowa droga podania leku,</li><li>• <input type="checkbox"/>nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)</li><li>• <input type="checkbox"/>zdarzenia związane z okresem ważności leku,</li></ul></li><li>• <input type="checkbox"/>zalecenie wg nieaktualnych zaleceń (np. standardów, wytycznych medycznych),</li><li>• <input type="checkbox"/>niepożądane reakcje związane z leczeniem np. wstrząs anafilaktyczny,</li><li>• <input type="checkbox"/>inne .....</li></ul>
<p>Związanych z opieką nad pacjentem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/>mylna identyfikacja pacjenta,</li><li>• <input type="checkbox"/>mylna identyfikacja procedury,</li><li>• <input type="checkbox"/>niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki (długi czas oczekiwania na wizytę lekarską),</li><li>• <input type="checkbox"/>zapalenie odcewnikowe układu moczowego,</li><li>• <input type="checkbox"/>sepsa,</li><li>• <input type="checkbox"/>wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,</li><li>• <input type="checkbox"/>inne .....</li></ul>
<p>Związanych ze zdarzeniami niespodziewanymi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/>próba samobójcza,</li><li>• <input type="checkbox"/>samobójstwo,</li><li>• <input type="checkbox"/>upadek pacjenta w placówce,</li><li>• <input type="checkbox"/>samowolne oddalenie się pacjenta z placówki,</li><li>• <input type="checkbox"/>zgon pacjenta,</li><li>• <input type="checkbox"/>utknięcie pacjenta w windzie,</li><li>• <input type="checkbox"/>zatrzaśnięcie się pacjenta w pomieszczeniu WC,</li><li>• <input type="checkbox"/>inne .....</li></ul>
<p>Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/>przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,</li><li>• <input type="checkbox"/>udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,</li><li>• <input type="checkbox"/>brak poszanowania praw pacjenta,</li><li>• <input type="checkbox"/>inne .....</li></ul>
<p>Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <input type="checkbox"/>brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur,</li><li>• <input type="checkbox"/>dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego, wymaganego szkolenia),</li><li>• <input type="checkbox"/>niewłaściwa identyfikacja pacjenta,</li></ul>

## Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

- niewystarczająca liczba personelu,
- niska jakość doboru personelu,
- niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny),
- nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
- nieprawidłowa komunikacja,
- wyciek danych,
- inne .....

**Data i godzina zgłoszenia.....**

*Rok, miesiąc, dzień, godzina*