

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Czy zgłoszenie jest anonimowe?

Tak (pomiń pkt 2. Dane zgłaszającego i przejdź do pkt 3)

Nie (wypełnij pkt 2. Dane zgłaszającego)

2. Dane zgłaszającego (Należy wypełnić tylko jeżeli zgłoszenie nie jest anonimowe).

Imię i nazwisko

---

Adres e-mail \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

3. Kto zgłasza zdarzenie?

Pacjent

Rodzina/ Osoba bliska pacjenta

Opiekun pacjenta

Inna osoba

4. Charakter zdarzenia:

Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i wywołało szkodę

Zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta i nie wywołało szkody

Zdarzenie niepożądane niedoszło („near miss” - sytuacja, w której mogło dojść do wypadku, urazu lub szkody, ale ostatecznie do nich nie doszło)

5. Data zdarzenia \_\_\_\_\_ Godzina zdarzenia \_\_\_\_\_

6. Miejsce, w którym doszło do zdarzenia (Oddział/ Poradnia/ Pracownia):

---

7. Opis zdarzenia (Proszę opisać, co się wydarzyło. Uwzględnić daty, okoliczności, uczestników i skutki, jeśli wystąpiły)

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Uwagi/ propozycje działań zapobiegawczych (opcjonalnie)

---

---

Uwaga:

Wypełniony formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego można zostawić w oddziale lub Sekretariacie Szpitala.