Nr zgłoszenia:…….
(wypełnia personel odpowiedzialny za prowadzenie rejestru)

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO W NZOZ LICHEŃ Z ODDZIAŁEM HOSPICJUM IM. ŚW. STANISŁAWA PAPCZYŃSKIEGO

DATA ZGŁOSZENIA: …… **DATA I GODZINA ZDARZENIA**: ……...

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (wskazanie dobrowolne)*

☐ Pacjent ☐ Odwiedzający
☐ Personel ☐ Inni

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY ZGŁOSZENIE:

Imię i nazwisko: …… PESEL lub data urodzenia: ……..

LOKALIZACJA ZDARZENIA*:

☐ Oddział ☐ Teren wokół placówki ☐ Teren zewnętrzny

MIEJSCE ZDARZENIA*:

☐ Sala pacjenta ☐ Sala terapii zajęciowej ☐ Sala rehabilitacji
☐ Łazienka/WC ☐ Klatka schodowa ☐ Kaplica
☐ Korytarz ☐ Winda ☐ Ogród

RODZAJ ZDARZENIA*:

Związane z leczeniem:

☐ Lek - niewłaściwy pacjent
☐ Niewłaściwy lek
☐ Niewłaściwa dawka leku
☐ Niewłaściwy czas podania leku
☐ Podanie leku po upływie terminu ważności
☐ Niewłaściwe droga podania leku
☐ Uczulenie/ reakcje polekowe
☐ Zlecenie niewłaściwego zabiegu
☐ Wynaczynienia leków

Związane z opieką nad pacjentem:

☐ Niewłaściwy pacjent
☐ Nieterminowa realizacja opieki medycznej
☐ Niewłaściwa realizacja opieki medycznej
☐ Odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego
☐ Wstrząs anafilaktyczny związany z alergią
☐ Zakażenie szpitalne
☐ Zakrztuszenie
☐ Zatrucie pokarmowe
☐ Odleżyny w stadium 3 i 4 nabyte po przyjęciu na oddział

Związane ze zdarzeniami niespodziewanymi:

☐ Próba samobójcza pacjenta
☐ Samobójstwo
☐ Oparzenie, porażenie prądem
☐ Uraz
☐ Samowolne oddalenie się pacjenta z placówki
☐ Upadek pacjenta w placówce
☐ Wypadnięcie z łóżka
☐ Zdarzenie związane z zachowaniem pacjenta lub osoby odwiedzającej, np. niestosowanie się do zaleceń

Dotyczących sprzętu medycznego i wyposażenia

☐ Awarie sprzętu
☐ Zdarzenia związane z brakiem prądu, wody itp.

Status zdarzenia niepożądanego*:

☐ Wystąpienie zdarzenia niepożądanego ☐ Ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego ☐ Zdarzenie blisko celu

Opis zdarzenia:

* zaznaczyć we właściwym polu znakiem „x”