

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO PRZEZ PACJENTA /OSOBĘ BLISKĄ/INNĄ

Zdarzenie niepożądane - zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Osoba zgłaszająca

☐ Pacjent ☐ Osoba bliska ☐ Inny

Imię i nazwisko pacjenta* data urodzenia*

Okres pobytu pacjenta*:

Data i godzina wystąpienia zdarzenia

Komórka organizacyjna/oddział/poradnia

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

☐ Sala chorych ☐ Gabinet zabiegowy ☐ Inne.....
☐ Łazienka ☐ Korytarz szpitalny

Opis szczegółowy okoliczności zdarzenia (przebieg i skutki)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dane kontaktowe*

Imię i nazwisko osoby zgłaszającego

Adres do korespondencji/adres mailowy

.....

.....
Data i podpis osoby zgłaszającej
zdarzenie niepożądane