

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Zgłaszający:		
Imię i nazwisko:	Zawód:	Stanowisko:
2. Dane pacjenta :		
Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Wiek:	Nr księgi Głównej / ID pacjenta
3. Czas wystąpienia ZN		
Data:	Godzina:	
4. Lokalizacja ZN (Klinika/Oddział/Pracownia/Zakład):		
5. Czynniki wpływające na wystąpienie zdarzenia		
6. Ocena zdarzenia według matrycy SAC (zakreślić):		
<input type="checkbox"/> Wysokie zagrożenie /szkoda (3 pkt.) <input type="checkbox"/> Umiarkowane zagrożenie /szkoda (2 pkt.) <input type="checkbox"/> Niskie zagrożenie/szkoda (1 pkt.)		

✂ ----- ✂

UWAGA:

Wszystkie dane dotyczące zgłaszającego i pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie oraz lokalizacja zdarzenia i czas jego wystąpienia zostaną skutecznie usunięte z formularza papierowego i systemu informatycznego 14 dni po zgłoszeniu.

7. Typ ZN:	
ZN, które dosięgły pacjenta	Zdarzenia niedoszłe (NZN), które nie dosięgły pacjenta
a) działalność kliniczna: <input type="checkbox"/> ciało obce pozostawione w polu operacyjnym <input type="checkbox"/> mylna identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> mylna identyfikacja procedury	a) działalność kliniczna: <input type="checkbox"/> ciało obce nieomal pozostawione w polu operacyjnym <input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja pacjenta

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

<input type="checkbox"/> mylna identyfikacja miejsca operowanego <input type="checkbox"/> błędna diagnoza <input type="checkbox"/> embolia płucna po zabiegu operacyjnym <input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego <input type="checkbox"/> niedostarczenie opieki	<input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja procedury <input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja miejsca operowanego <input type="checkbox"/> uniknięcie uszkodzenia ciała w wyniku zabiegu operacyjnego <input type="checkbox"/> zweryfikowana błędna diagnoza
b) farmakoterapia : <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: nie ten lek <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: niewłaściwa dawka <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: niewłaściwy pacjent <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: niewłaściwy czas podania leku <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: niewłaściwa droga podania <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: niewłaściwy rozpuszczalnik <input type="checkbox"/> pomyłka w podaniu leku: podanie leku po upływie jego terminu ważności	b) farmakoterapia; <input type="checkbox"/> uniknięto podania niewłaściwego leku <input type="checkbox"/> uniknięto podania niewłaściwej dawki <input type="checkbox"/> uniknięto podania leku niewłaściwemu pacjentowi <input type="checkbox"/> uniknięto podania leku w niewłaściwym czasie <input type="checkbox"/> uniknięto podania leku niewłaściwą drogą podania <input type="checkbox"/> uniknięto podania leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika <input type="checkbox"/> uniknięto podania leku po upływie terminu ważności
c) przetaczanie krwi i jej składników: <input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem <input type="checkbox"/> podanie niewłaściwej jednostki <input type="checkbox"/> inne działania związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwipochodnych <input type="checkbox"/> niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia	c) przetaczanie krwi i jej składników: <input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta, zweryfikowana przed przetoczeniem <input type="checkbox"/> skorygowanie podania niewłaściwej jednostki <input type="checkbox"/> inne działania niedoszące związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwipochodnych <input type="checkbox"/> zweryfikowana niewłaściwe wskazania, skutkujące odstąpieniem od przetoczenia
d) zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy: <input type="checkbox"/> brak dostępności sprzętu <input type="checkbox"/> awarie sprzętu <input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> niedostateczne obsady dyżurowe	d) zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy: <input type="checkbox"/> zdarzenia niedoszące związane z brakiem dostępności sprzętu <input type="checkbox"/> zdarzenia niedoszące związane z awariami sprzętu <input type="checkbox"/> zweryfikowana niewłaściwa identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> zdarzenia niedoszące związane z niedostatecznymi obsadami dyżurowymi
e) inne: <input type="checkbox"/> odleżyny powstałe w szpitalu <input type="checkbox"/> upadki pacjentów w szpitalu <input type="checkbox"/> samobójstwo <input type="checkbox"/> próba samobójcza w szpitalu <input type="checkbox"/> inne	e) inne zdarzenia niedoszące dotyczące: <input type="checkbox"/> upadku pacjenta w szpitalu <input type="checkbox"/> samobójstwa <input type="checkbox"/> próby samobójczej w szpitalu <input type="checkbox"/> inne

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

8. Skutek zdarzenia - dla pacjenta i szpitala:
9. Propozycja działań usprawniających/zapobiegających:
10. Uwagi: