



Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego

Dane osoby, której dotyczy zdarzenie niepożądane:

- pacjent
 osoba towarzysząca
 pracownik
 kontrahent
 inni - opis :

--

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

--

Wiek

--

Czas wystąpienie zdarzenia (jeśli znany):

Dzień, Miesiąc, Rok (DD-MM-RRRR)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany):

Dzień, Miesiąc, Rok (DD-MM-RRRR)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

--



Kategoria zdarzenia niepożądanego: (patrz tabela poniżej)

Kategoria zdarzenia niepożądanego:					
Podkategoria zdarzenia niepożądanego:					
KATEGORIA	Leczenie i opieka nad pacjentem, np.:	Zabiegi/szczepienia/diagnostyka obrazowa, np.:	Sprzęt medyczny, wyposażenie np.:	Organizacja pracy np.:	Inne, np.:
PODKATEGORIE	<ul style="list-style-type: none">▪ mylna interpretacja wyników;▪ błędnie przeprowadzony wywiad lekarski;▪ nieczytelne dane medyczne▪ braki w dokumentacji medycznej;▪ niepełna informacja o stanie zdrowia;▪ naruszenie zasad udzielania świadczeń (brak wydanych recept, zleceń);▪ zgon	<ul style="list-style-type: none">▪ podanie niewłaściwego leku▪ niewłaściwa dawka▪ nieprawidłowa droga podania▪ ekspozycja zawodowa▪ niewłaściwe wykonanie zabiegu▪ brak zgody pacjenta w formie pisemnej (gdy jest wymagana)	<ul style="list-style-type: none">▪ brak / ograniczenie dostępu do sprzętu medycznego▪ awaria / złe działanie sprzętu	<ul style="list-style-type: none">▪ niewłaściwa identyfikacja pacjenta▪ niewystarczająca liczba personelu▪ nieterminowe dostarczenie opieki (zbyt długi termin oczekiwania/brak przyjęcia)▪ nieprawidłowa komunikacja▪ ograniczona dostępność (np. brak możliwości dozwonienia się)▪ błędy w ustalaniu kolejności przyjęć▪ udzielenie informacji/wydanie dokumentacji nieuprawnionej osobie▪ nieuwzględnienie szczególnych uprawnień pacjenta w dostępie do świadczeń▪ niewystarczająca dostępność dla osób ze specjalnymi potrzebami (infrastruktura)▪ niewłaściwe zachowanie personelu	<ul style="list-style-type: none">▪ upadek pacjenta / uraz▪ agresywne zachowania pacjenta / pomiędzy pacjentami▪ inne

Opis zdarzenia niepożądanego: (pole opisowe)



Wojewódzki Ośrodek
Medycyny Pracy Centrum
Profilaktyczno-Lecznicze
w Łodzi

FORMULARZ ZSZ
Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego

F – ZSZ/195

Data wydania: 28.06.2024r.

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

--

Niewłocznie podjęte działania (jeżeli takie były): (pole opisowe)

--

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko (nieobowiązkowe)

--

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, nieobowiązkowe)

--

Data zgłoszenia:

Dzień, Miesiąc, Rok (DD-MM-RRRR)

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--