

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO PRZEZ PACJENTA/OSOBĘ BLISKĄ

Numer zgłoszenia: _____ Data zgłoszenia: _____

DEFINICJA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Zgodnie z Ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023 poz.1692):

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.

SPOSÓB ZGŁOSZENIA

- ☐ Zgłaszam ANONIMOWO - w przypadku zaznaczenia tej opcji, proszę pominąć sekcję danych kontaktowych
☐ Zgłaszam z podaniem danych kontaktowych - w celu ewentualnego kontaktu w sprawie wyjaśnień

DANE PACJENTA (pola opcjonalne)

Imię i nazwisko pacjenta/pacjentki:

PESEL/numer identyfikacyjny:

Data urodzenia:

Dane kontaktowe pacjenta (jeśli różne od zgłaszającego):

- Telefon:
- Email:
- Adres:

DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Data zdarzenia:

Godzina zdarzenia (w przybliżeniu):

Data stwierdzenia zdarzenia (jeśli inna niż data zdarzenia):

Miejsce zdarzenia:

- Poradnia/Ośrodek Zdrowia:
- Komórka organizacyjna:
- Lokalizacja szczegółowa (sala, gabinet, korytarz itp.):

RODZAJ ZDARZENIA (proszę zaznaczyć właściwe)

- ☐ Błąd lekarski/diagnostyczny ☐ Błąd pielęgnarski/terapeutyczny ☐ Błąd farmakologiczny (leki) ☐ Upadek pacjenta
☐ Zakażenie związane z opieką zdrowotną ☐ Błąd w dokumentacji medycznej ☐ Problem z wyposażeniem/sprzętem medycznym ☐
Problemy organizacyjne/komunikacyjne ☐ Inne:

SKUTKI ZDARZENIA DLA PACJENTA

- ☐ Brak widocznych skutków ☐ Dyskomfort/ból ☐ Konieczność dodatkowego leczenia ☐ Przedłużenie hospitalizacji ☐ Uszczerbek na zdrowiu ☐ Zagrożenie życia ☐ Inne:

SZCZEGÓŁOWY OPIS ZDARZENIA

Proszę opisać szczegółowo okoliczności zdarzenia, osoby zaangażowane, działania podjęte oraz wszelkie inne istotne informacje:

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

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO PRZEZ PACJENTA/OSOBĘ BLISKĄ

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

DANE ZGŁASZAJĄCEGO

Zgłaszający: ☐ Pacjent/pacjentka ☐ Osoba bliska pacjenta

Dane kontaktowe zgłaszającego (wypełnić tylko jeśli nie wybrano opcji anonimowego zgłoszenia):

Imię i nazwisko:

Telefon:

Email:

Adres:

Stosunek do pacjenta (jeśli zgłaszający to osoba bliska):

INFORMACJE O DALSZYM POSTĘPOWANIU

Dla zgłaszającego:

- Zgłoszenie zostanie przekazane do Zespołu ds. Bezpieczeństwa Pacjenta
- Osoba odpowiedzialna za monitorowanie zdarzeń: [Imię, nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy]
- Termin wstępnej odpowiedzi: do 7 dni roboczych
- Termin pełnej analizy: do 30 dni

Gwarancje dla zgłaszającego:

Niniejsze zgłoszenie służy wyłącznie celom poprawy bezpieczeństwa pacjentów. Zgodnie z polityką bezpieczeństwa pacjenta naszej jednostki:

- System zgłoszeń nie służy identyfikowaniu i penalizacji osób
- Celem jest identyfikacja natury i przyczyn zdarzeń niepożądanych
- Zapewniamy ochronę przed sankcjami dla osób zgłaszających w dobrej wierze
- Działamy w atmosferze otwartości i uczciwości

Podpis zgłaszającego: **Data:**

(podpis nie jest wymagany w przypadku zgłoszenia anonimowego)

Dla użytku wewnętrznego: Data otrzymania: Przyjął: Nr w rejestrze:

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO Informujemy, że administratorem danych osobowych jest SPGZOZ w Nowym Wiśniczu, ul. Podzamcze 4, 32-720 Nowy Wiśnicz. Dane są przetwarzane w celu analizy zdarzeń niepożądanych i poprawy bezpieczeństwa pacjentów na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO (wykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym). Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych znajdują się na stronie internetowej jednostki.