****

**Sp. z o.o.**

**Załącznik nr 1**

**KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO**

Data zdarzenia:…………….. Data zgłoszenia:………………..

Płeć: Kobieta: Mężczyzna:

**Dane pacjenta**: *Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)*

|  |
| --- |
|  |

**Obszar w której wystąpiło zdarzenie**: *nazwa poradni / miejsce zdarzenia*

|  |
| --- |
|  |

**Opis zdarzenia niepożądanego**:

|  |
| --- |
|  |

**Opis zastosowanych działań naprawczych**:

|  |
| --- |
|  |

**Ustalona przyczyna niezgodności / potencjalnej niezgodności**:

|  |
| --- |
|  |

**Rodzaj niezgodności:**

1. **Dotyczące urządzeń medycznych, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze):**
   * + brak bieżących przeglądów technicznych,
     + brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
     + awaria sprzętu,
     + nieczytelny panel aparatu,
     + nieergonomiczny układ przycisków czy uchwytów sprzętu medycznego,
     + uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
     + inne (jakie?).

|  |
| --- |
|  |

1. **Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:**
   * + niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
     + mylna identyfikacja miejsca zabiegowego
     + niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego,
     + niewłaściwa dawka promieniowania w trakcie naświetlania RTG
     + przeprowadzenie serii zabiegów fizjoterapeutycznych w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki fizjoterapeutycznej),
     + uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury fizjoterapeutycznej,
     + niewykrycia wystąpienie żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur fizjoterapeutycznych,
     + inne (jakie).

|  |
| --- |
|  |

1. **Związanych z leczeniem i farmakologią:**
   * + błędna diagnoza z uwagi na:

* mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
* mylny opis badań radiologicznych,
* mylny opis badania histopatologicznego,
  + - zlecenie niewłaściwego zabiegu,
    - zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
    - nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
    - uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
    - pomyłkę w podaniu leku, w tym:
* podanie niewłaściwego leku,
* błędne ustalenie dawki leku,
* błędną identyfikację pacjenta,
* niewłaściwy czas podania leku,
* nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
* nieprawidłową drogę podania leku,
* nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
* zdarzenia związane z okresem ważności leku,
  + - inne (jakie?)

|  |
| --- |
|  |

1. **Związanych z opieką nad pacjentem:**
   * + mylną identyfikacją pacjenta,
     + mylną identyfikacją procedury,
     + niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,,
     + sepsa,
     + wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
     + inne (jakie?)

|  |
| --- |
|  |

1. **Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:**
   * + próbę samobójczą,
     + samobójstwo,
     + upadek pacjenta w placówce,
     + samowolne oddalenie się pacjenta z przychodni
     + korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających,
     + zgon pacjenta,
     + Inne (jakie?)

|  |
| --- |
|  |

1. **Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:**
   * + przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
     + udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
     + Inne (jakie?)

|  |
| --- |
|  |

1. **Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):**
   * + brak normalizacji urządzeń, nazewnictwa, procedur, instalacji,
     + dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
     + niewłaściwa identyfikacja pacjenta, brak czytelnych identyfikatorów,
     + niewystarczająca liczba personelu,
     + niska jakość doboru personelu,
     + niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej)
     + nieprawidłowa komunikacja,
     + Inne (jakie?)

|  |
| --- |
|  |

**Informacja o osobie zgłaszającej**:

**Imię i nazwisko:**

|  |
| --- |
|  |

**Stanowisko** *(jeśli dotyczy)* **lub pokrewieństwo w stosunku do pacjenta:**

|  |
| --- |
|  |