****

 **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:**

|  |
| --- |
|  |