

**KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO** nr ..... / 202 .....r.

Nazwa oddziału / komórki organizacyjnej: .....

Data i godzina zdarzenia: ..... (w sytuacjach istotnych również minuta zdarzenia)

Nr ks. Głównej : ..... wiek pacjenta: .....

Rozpoznanie choroby podstawowej: .....

Dane osoby zgłaszającej ( podanie tej informacji jest dobrowolne): .....

**Uwaga! Karta Zdarzeń Niepożądanych nie obejmuje zdarzeń oddzielnie zgłaszanych:**

- **zakażeń szpitalnych** (Karty rejestracji);
- **wypadków pracowników** (zgłaszanie według wzoru BHP);
- **reakcji polekowych** (karta zgłoszenia na podstawie Prawa Farmaceutycznego);
- **reakcji poprzetoczeniowych krwi i preparatów krwiopochodnych** (zgłaszanie zgodnie z załącznikiem do procedury „Organizacja i zasady dokumentowania procesu przetaczania krwi i jej składników.....”).

<b>Typ zdarzenia ( zaznacz właściwe)</b>	
Zdarzenia niepożądane (ZN), które DOSIĘGNEŁY pacjenta	Zdarzenia niedoszło (NZN), które NIE DOSIĘGNEŁY pacjenta
<b>DZIAŁALNOŚĆ KLINICZNA</b>	
<input type="checkbox"/> ciało obce pozostawione w polu operacyjnym <input type="checkbox"/> mylna identyfikacja pacjenta <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 ( nieterminowe dostarczenie opieki) <input type="checkbox"/> inne związane z działalnością kliniczną (wymień jakie): .....	<input type="checkbox"/> ciało obce niemal pozostawione w polu operacyjnym <input type="checkbox"/> początkowo mylna identyfikacja pacjenta <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 <input type="checkbox"/> inne związane z działalnością kliniczną (wymień jakie): .....
<b>FARMAKOTERAPIA (nie dotyczy reakcji polekowych)</b>	
<b>POMYŁKA W PODAWANIU LEKU:</b> <input type="checkbox"/> nie ten lek <input type="checkbox"/> niewłaściwa dawka <input type="checkbox"/> niewłaściwy pacjent <input type="checkbox"/> niewłaściwy czas podania leku <input type="checkbox"/> niewłaściwa droga podania <input type="checkbox"/> niewłaściwy rozpuszczalnik <input type="checkbox"/> podanie leku po upływie jego terminu ważności <input type="checkbox"/> inne związane z farmakoterapią (wymień jakie): .....	<b>UNIKNIĘTO PODANIA:</b> <input type="checkbox"/> niewłaściwego leku <input type="checkbox"/> niewłaściwej dawki leku <input type="checkbox"/> leku niewłaściwemu pacjentowi <input type="checkbox"/> leku w niewłaściwym czasie <input type="checkbox"/> leku niewłaściwą drogą podania <input type="checkbox"/> leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika <input type="checkbox"/> leku po upływie terminu ważności <input type="checkbox"/> inne związane z farmakoterapią (wymień jakie): .....

Zdarzenia niepożądane (ZN), które DOSIĘGNEŁY pacjenta	Zdarzenia niedoszące (NZN), które NIE DOSIĘGNEŁY pacjenta
<b>PRZETACZANIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW (nie dotyczy reakcji poprzetoczeniowych)</b>	
<input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem <input type="checkbox"/> podanie niewłaściwej jednostki <input type="checkbox"/> niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia <input type="checkbox"/> inne związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych (wymień jakie): .....	<input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta, zweryfikowana przed przetoczeniem <input type="checkbox"/> skorygowanie podania niewłaściwej jednostki <input type="checkbox"/> zweryfikowane początkowo niewłaściwe wskazania, skutkujące odstąpieniem od przetoczenia <input type="checkbox"/> inne zdarzenie niedoszące związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych (wymień jakie): .....
<b>ZDARZENIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYPOSAŻENIA, ORGANIZACJI PRACY</b>	
<input type="checkbox"/> brak dostępności sprzętu <input type="checkbox"/> awarie sprzętu <input type="checkbox"/> niewłaściwa identyfikacja pacjenta <input type="checkbox"/> niedostateczne obsady dyżurowe <input type="checkbox"/> inne (wymień jakie): .....	<input type="checkbox"/> zdarzenia niedoszące zw. 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 <input type="checkbox"/> inne (wymień jakie): .....
<b>INNE ZDARZENIA</b>	
<input type="checkbox"/> odleżyny powstałe w szpitalu <input type="checkbox"/> upadki w szpitalu <input type="checkbox"/> samobójstwo <input type="checkbox"/> próba samobójcza w szpitalu <input type="checkbox"/> samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala <input type="checkbox"/> inne (wymień jakie): ..... .....	<input type="checkbox"/> upadki w szpitalu <input type="checkbox"/> samobójstwa <input type="checkbox"/> próby samobójcze w szpitalu <input type="checkbox"/> próba samowolnego oddalenia się pacjenta ze szpitala <input type="checkbox"/> inne (wymień jakie) ..... ..... .....
<b>2. Czynniki wpływające na wystąpienie zdarzenia ( potencjalna przyczyna):</b> ..... ..... <b>W przypadku upadku, proszę podać nazwy i godziny podanych leków ( przed upadkiem):</b> ..... .....	
<b>3. Skutek zdarzenia- dla pacjenta i szpitala:</b> <input type="checkbox"/> BRAK, <input type="checkbox"/> WYSTĄPIŁ (jeśli wystąpił skutek proszę opisać) ..... .....	
<b>4. Reakcja bezpośrednio po zdarzeniu:</b> ..... .....	
<b>5. Uwagi/ komentarz:</b> ..... .....	