

Formularz zdarzenia niepożądanego

Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane



Dane osoby dotyczącej zdarzenia niepożądanego

Imię i nazwisko.....

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Rok urodzenia.....

Data wystąpienia zdarzenia (jeśli znamy).....godzina

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu.....

Miejsce wystąpienia zdarzenia (np. nr gabinetu, hol).....

Świadkowie zdarzenia.....

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego :

☐ spostrzeżenie personelu

☐ spostrzeżenie pacjenta

☐ spostrzeżenie osoby trzeciej

☐ kontrola/audit wewnętrzny/zewnętrzny

☐ skarga/roszczenie

☐ przegląd dokumentacji medycznej

☐ inne.....

Opis zdarzenia niepożądanego.....

.....

.....

.....

.....

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki.....

Niezwłoczne podjęte działania naprawcze i/lub zapobiegawcze.....

.....

I. Kategoria zdarzenia niepożądanego :

- ☐ 1. Dot. urządzeń medycznych
- ☐ 2. Dot. organizacji pracy personelu medycznego
- ☐ 3. związanych z zdarzeniami niespodziewanymi
- ☐ 4. związanych z nieprzestrzeganiem procedur

Ad 1. Dotyczących urządzeń medycznych:

- ☐ a. brak bieżących technicznych
- ☐ b. ograniczenie dostępności sprzętu
- ☐ c. awaria sprzętu
- ☐ d. nieczytelny panel aparatu
- ☐ e. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania /użytkowania sprzętu

Ad 2. Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:

- ☐ a. mylna identyfikacja pacjenta
- ☐ b. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu
- ☐ c. mylna identyfikacja miejsca zabiegowego
- ☐ d. niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego
- ☐ e. przeprowadzenie serii zabiegów fizjoterapeutycznych w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki fizjoterapeutycznej)
- ☐ f. uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury
- ☐ g. niewykrycia wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur fizjoterapeutycznych

Ad 3. Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi :

- ☐ a. upadek pacjenta w Zakładzie
- ☐ b. korzystanie pacjenta z używek i środków odurzających
- ☐ c. zgon pacjenta

Informacje o osobie zgłaszającej:

Imię i nazwisko

Data zgłoszenia

Godzina zgłoszenia