


DOKUMENTACJA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W PRABUTACH SP. Z O.O.	
Szpital Specjalistyczny w Prabutach sp. z o.o.  Podmiot Lecznicy Samorządu Województwa Pomorskiego	ZAŁĄCZNIK – QP-BP-1.1. Zał. 2
	WZÓR ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO - wersja papierowa / e-mail
	Dotyczy: QP-BP-1.1. Polityka bezpieczeństwa pacjenta

Informacja:

Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego sporządzone w wersji papierowej / e-mail. powinno zawierać dane umożliwiające pełną identyfikację, analizę oraz ocenę zaistniałego zdarzenia. W przypadku zdarzeń niedotyczących pacjenta zakres danych należy ograniczyć wyłącznie do informacji adekwatnych do charakteru zdarzenia.

1. Rodzaj zdarzenia

- Zdarzenie dotyczące pacjenta
 Zdarzenie niedotyczące pacjenta (np. personel, sprzęt, infrastruktura, organizacja pracy)

2. Dane pacjenta (wypełnić wyłącznie, jeśli dotyczy)

- Imię i nazwisko:
- PESEL / data urodzenia:
- Oddział / komórka organizacyjna:

Nie dotyczy

3. Dane dotyczące zdarzenia

- Miejsce zdarzenia:
- Data zdarzenia: Godzina:
- Kategoria zdarzenia:
- Czynniki wpływający na zdarzenie
(np. ludzki, organizacyjny, sprzętowy, środowiskowy):
.....
- Waga incydentu / stopień ciężkości zdarzenia:
.....

4. Opis zdarzenia


(Opis przebiegu zdarzenia pozwalający na jednoznaczną identyfikację)

.....

5. Reakcja bezpośrednia na zdarzenie

(Działania podjęte niezwłocznie po wystąpieniu zdarzenia)

.....

DOKUMENTACJA ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W PRABUTACH SP. Z O.O.	
Szpital Specjalistyczny w Prabutach sp. z o.o.  Podmiot Leczniczy Samorządu Województwa Pomorskiego	ZAŁĄCZNIK – QP-BP-1.1. Zał. 2
	WZÓR ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO - wersja papierowa / e-mail
	Dotyczy: QP-BP-1.1. Polityka bezpieczeństwa pacjenta

6. Osoba reagująca

- Imię i nazwisko / funkcja:

7. Data i godzina reakcji na zdarzenie

.....

8. Skutki zdarzenia

(np. brak szkody, zagrożenie bezpieczeństwa, straty materialne itp.)

.....
.....

9. Skutki zdarzenia dla pacjenta *(jeśli dotyczy)*

.....

Nie dotyczy

10. Status oceny zdarzenia

- zgłoszone
- w trakcie analizy
- zakończone

11. Uwagi / dodatkowy opis / komentarz

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

12. Dane osoby zgłaszającej (opcjonalnie)

- Imię i nazwisko:
- Stanowisko:
- Data zgłoszenia: