

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Dane osoby zgłaszającej

Imię i Nazwisko (dobrowolnie)

.....

Kategoria osoby zgłaszającej (należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii)

osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych lub osoba biorąca udział w udzieleniu świadczeń zdrowotnych (stanowisko

świadek zdarzenia niepożądanego

pacjent

rodzina pacjenta lub opiekun

Imię i nazwisko pacjenta: **PESEL**

Data wystąpienie zdarzenia niepożądanego
(DD/MM/RRRR)

Data uzyskania wiedzy o zdarzeniu niepożądanym
(DD/MM/RRRR)

Komórka organizacyjna podmiotu leczniczego
(nazwa poradni)

Świadczenie zdarzenia

.....

Opis zdarzenia niepożądanego

.....

.....

.....

.....

.....

Obszar działalności leczniczej, w którym nastąpiło zdarzenie niepożądane (należy zaznaczyć X przy wybranym obszarze)

Urządzenia medycznych i wyposażenie

Leki

Praca personelu medycznego

Opieka nad pacjentem

Leczenie i badania diagnostyczne

Zdarzenia niespodziewane

Respektowanie praw pacjenta

Organizacja pracy i zarządzanie

Data zgłoszenia.....