	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego	<b>Nr wersji - 1</b>
	<b>ISO 9001:2015</b>	<b>Załącznik nr 2 do Procedury          "Raportowanie i Procesowanie          Zdarzeń Niepożądanych"</b>
<b>KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA          NIEPOŻĄDANEGO</b>		<b>Strona          1 z 2</b>

**WYPEŁNIA ZGŁASZAJĄCY**

**Dane osoby zgłaszającej** (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)

**Wiek osoby zgłaszającej:**  **Płeć:**  Kobieta  Mężczyzna

**Zgłaszający** (zaznacz)

 Personel  
 Pacjent  
 Rodzina pacjenta  
 Świadek zdarzenia  
 Pozostałe (jakie?) .....

**Data i godzina wystąpienia zdarzenia**

**Miejsce wystąpienia zdarzenia**


**Dane pacjenta, którego dotyczy zdarzenie niepożądane** (jeśli znane)

**Wiek pacjenta:**  **Płeć:**  Kobieta  Mężczyzna

**Świadkowie zdarzenia**

**Kategoria zdarzenia niepożądanego** (zaznacz właściwe)

 Związane z postępowaniem medycznym  
 Związane z opieką nad pacjentem  
 Związane z farmakoterapią  
 Związane z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych  
 Związane z sprzętem medycznym i wyposażeniem  
 Związane z dokumentacją medyczną  
 Związane z nieprzestrzeganiem procedur formalnych wymaganych przepisami  
 Związane ze zdarzeniami niespodziewanymi  
 Związane z organizacją pracy i zarządzaniem  
 Zdarzenia o mało co (near miss- zdarzenia niedoszłe)

	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego	<b>Nr wersji - 1</b>
	<b>ISO 9001:2015</b>	<b>Załącznik nr 2 do Procedury          "Raportowanie i Procesowanie          Zdarzeń Niepożądanych"</b>
<b>KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA          NIEPOŻĄDANEGO</b>		<b>Strona          2 z 2</b>

Zdarzenia inne.....

**Opis zdarzenia niepożądanego (przebieg, przyczyna)**

**Skutek zdarzenia**

**Niewzłoczne podjęte działania naprawcze i/lub zapobiegawcze**

**WYPEŁNIA SPECJALISTA DS. KONTROLI, JAKOŚCI I MARKETINGU**

**Data przyjęcia zgłoszenia**

**Nr rejestracji**