KARTA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego lub sytuacji potencjalnie niebezpiecznej

Numer zgłoszenia: .....……

Data zgłoszenia: .....……

Rodzaj opieki:

❒ Hospicjum domowe

❒ Opieka długoterminowa domowa

❒ Poradnia chirurgiczna

I. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

1. Data zdarzenia: .....

2. Godzina zdarzenia: .....

3. Miejsce zdarzenia:

❒ Dom pacjenta

❒ Podczas wizyty personelu

❒ Podczas wykonywania procedury medycznej lub pielęgnacyjnej

❒ Podczas wizyty w poradni

❒ Podczas kontaktu telefonicznego

❒ Inne: .....

4. Identyfikator pacjenta / numer dokumentacji:

.....…

II. RODZAJ ZDARZENIA

Zaznaczyć właściwe pole:

❒ Zdarzenie związane z farmakoterapią (lek, dawka, droga podania, pominięcie dawki)

❒ Upadek lub uraz pacjenta

❒ Pogorszenie stanu zdrowia / nieprzewidziane powikłanie

❒ Zdarzenie związane z procedurą medyczną lub pielęgnacyjną

❒ Zdarzenie związane ze sprzętem medycznym lub tlenoterapią

❒ Podejrzenie zakażenia / problem z higieną

❒ Opóźnienie wizyty lub problem z organizacją opieki

❒ Problem z komunikacją w zespole lub z opiekunem

❒ Inne: .....……

5. Skutek zdarzenia:

❒ Nie wystąpiła szkoda

❒ Wystąpiła szkoda lub przejściowe pogorszenie stanu pacjenta

❒ Wystąpiła poważna szkoda lub istotne pogorszenie stanu pacjenta

❒ Skutek nie jest jeszcze znany

❒ Zdarzenie potencjalnie niebezpieczne – nie doszło do szkody lub udało się zapobiec zdarzeniu

III. OPIS ZDARZENIA

6. Opis okoliczności i przebiegu zdarzenia (Co się wydarzyło? W jakich okolicznościach? Jakie objawy zaobserwowano?)

7. Podjęte działania bezpośrednie (Np. ocena stanu pacjenta, kontakt z lekarzem, wezwanie ZRM, zabezpieczenie pacjenta.)

8. Czy powiadomiono lekarza lub osobę odpowiedzialną?

❒ Tak

❒ Nie

❒ Nie dotyczy

Jeśli tak, kogo i kiedy?

.....…….....

IV. ANALIZA PRZYCZYN (*Wypełnia Pełnomocnik Zarządu ds. SZJ)

9. Możliwe czynniki przyczyniające się do zdarzenia:

❒ Stan kliniczny pacjenta

❒ Organizacja pracy / harmonogram wizyt

❒ Komunikacja w zespole lub z opiekunem

❒ Sprzęt medyczny / warunki domowe

❒ Procedury lub dokumentacja

❒ Farmakoterapia

❒ Czynnik nieustalony

❒ Inne: .....

10. Dodatkowe uwagi i informacje:

V. DZIAŁANIA ZAPOBIEGAWCZE (*Wypełnia Pełnomocnik Zarządu ds. SZJ)

11. Proponowane działania korygujące i zapobiegawcze:

12. Osoba odpowiedzialna za realizację działań:

.....

Termin realizacji: .....

13. Ocena skuteczności podjętych działań:

❒ Skuteczne

❒ Częściowo skuteczne

❒ Nieskuteczne

❒ Nie oceniono

Uwagi: .....

VI. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Imię i nazwisko / identyfikator pracownika:

.....

Stanowisko: .....

Data zgłoszenia: .....
Podpis osoby zgłaszającej:

.....

VII. WYPEŁNIA OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA ANALIZĘ ZDARZENIA (*Wypełnia Pełnomocnik Zarządu ds. SZJ)

Data przyjęcia zgłoszenia: .....

Ocena zdarzenia i wnioski:

Status zgłoszenia:

❒ Przyjęto do analizy

❒ W trakcie analizy

❒ Wdrożono działania naprawcze

❒ Zamknięto zgłoszenie

Imię i nazwisko osoby analizującej: .....…….....

Data i podpis: .....…….....