

	<b>RAPORTOWANIE I PROCESOWANIE INCYDENTÓW KLINICZNYCH   ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE</b>			<b>PM-19</b>	
	WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ			Strona	<b>1 z 2</b>
	Data wydania	2025.12.17	Nr wydania	2	

**PM-19/Z02 FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO / INCYDENTU KLINICZNEGO**

<b>DATA ZGŁOSZENIA</b>	
------------------------	--

<b>DOTYCZY JEDNOSTKI</b>				
<b>ZGŁASZAJĄCY</b>	<input type="checkbox"/> Pacjent	<input type="checkbox"/> Osoba bliska	<input type="checkbox"/> Świadek zdarzenia	<input type="checkbox"/> Inne
<b>KATEGORIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO</b>	Związane z wykonywanym zabiegiem operacyjnym	<input type="checkbox"/> Operacja niewłaściwej części ciała <input type="checkbox"/> Operacja u niewłaściwego pacjenta <input type="checkbox"/> Niewłaściwa procedura <input type="checkbox"/> Niewłaściwy implant <input type="checkbox"/> Pozostawienie ciała obcego w ciele pacjenta po zabiegu <input type="checkbox"/> Uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego <input type="checkbox"/> Zatorowość płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym <input type="checkbox"/> Inne: _____		
	Związane z procesem leczenia w placówce	<input type="checkbox"/> Rzadkie powikłania po zabiegu, zabiegu operacyjnym, procedurze diagnostycznej <input type="checkbox"/> Poważne uszkodzenie pacjenta wskutek hipoglikemii, która wystąpiła w czasie leczenia <input type="checkbox"/> Odleżyny w stadium 3 lub 4 nabyte po przyjęciu pacjenta do szpitala <input type="checkbox"/> Przetoczenie krwi niezgodnej grupowo i w zakresie czynnika Rh <input type="checkbox"/> Niezgodne wyniki badań diagnostycznych (pomyłone dane pacjenta) <input type="checkbox"/> Zagubiony materiał histopatologiczny pobrany od pacjenta <input type="checkbox"/> Niewłaściwy lek / dawka / czas podania / droga podania <input type="checkbox"/> Uczulenie / reakcja alergiczna <input type="checkbox"/> Zakażenie nabyte w trakcie opieki medycznej <input type="checkbox"/> Inne: _____		
	Związane z ochroną pacjenta (w tym zdarzenia o charakterze kryminalnym)	<input type="checkbox"/> Samobójstwo lub próba samobójcza zakończona poważnym uszkodzeniem w trakcie pobytu w szpitalu <input type="checkbox"/> Samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala <input type="checkbox"/> Poważne uszkodzenie pacjenta związane z jego ucieczką ze szpitala <input type="checkbox"/> Wykonywanie czynności medycznych przez osobę nieuprawnioną <input type="checkbox"/> Urowadzenie pacjenta (w każdym wieku) <input type="checkbox"/> Napastowanie seksualne na terenie placówki <input type="checkbox"/> Poważne uszkodzenie pacjenta wskutek fizycznego ataku na terenie placówki <input type="checkbox"/> Uzależnienie realizacji świadczenia zdrowotnego od korzyści materialnej (łapówka) <input type="checkbox"/> Inne: _____		
	Związane z nieprawidłowym działaniem sprzętu / infrastruktury technicznej	<input type="checkbox"/> Realizacja świadczenia zdrowotnego z użyciem niesprawnego sprzętu / aparatury medycznej <input type="checkbox"/> Poważne uszkodzenie pacjenta związane z niewłaściwym zastosowaniem urządzenia (cewnika, drenu, pompy infuzyjnej, respiratora itp.) <input type="checkbox"/> Brak możliwości właściwej realizacji świadczenia zdrowotnego w wyniku niesprawnego sprzętu / aparatury medycznej lub jego braku <input type="checkbox"/> Poważne uszkodzenie pacjenta związane z upadkiem podczas leczenia <input type="checkbox"/> Inne: _____		

<b>DATA I GODZINA WYSTĄPIENIA</b>	
<b>MIEJSCE ZDARZENIA</b>	
<b>PESEL OSOBY POSZKODOWANEJ</b>	
<b>IMIĘ I NAZWISKO OSOBY POSZKODOWANEJ</b>	
<b>ŚWIADKOWIE ZDARZENIA, PRACOWNICY BIORĄCY UDZIAŁ W INCYDENCIE</b>	
<b>SZCZEGÓŁOWY OPIS ZDARZENIA</b> <i>Prosimy opisać przebieg zdarzenia niepożądanego, również niedosłego. Im dokładniej zostanie opisane zdarzenie tym wnikliwiej będziemy mogli je rozpatrzyć (informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia).</i>	