**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO**

**PRZEZ PACJENTA, OSOBĘ BLISKĄ PACJENTA, ŚWIADKA ZDARZENIA**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE** |
| **Co to jest zdarzenie niepożądane?**Jest to zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta.Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.**Czemu służy zgłaszania zdarzeń niepożądanych?**Zgłaszanie i analiza zdarzeń niepożądanych pozwoli ustalić, co się wydarzyło i jaka była tego przyczyna. Dostarczenie takich informacji pozwoli w przyszłości zapobiegać podobnym przypadkom. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych nie służy szukaniu winnych i ich ukarania, lecz podjęciu działań naprawczych i ocenie ich skuteczności. **Czy zgłoszenie zdarzenia niepożądanego wiąże się z ujawnieniem swoich danych osobowych?**Osoba zgłaszająca zdarzenie niepożądane może, ale nie musi podawać swoich danych. W przypadku podania danych osobowych będą one objęte tajemnicą i chronione zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Dostęp do tych danych będzie mieć jedynie upoważniony zespół analizujący zgłoszone zdarzenie.**Czy zgłoszenie zdarzenia niepożądanego jest równoznaczne ze złożeniem skargi?**Nie. System zarządzania zdarzeniami niepożądanymi jest niezależny od rozpatrywania skarg i zażaleń, jak również od systemu odpowiedzialności karnej i zawodowej.  |

1. **Osoba zgłaszająca:**

** Pacjent**

** Osoba bliska pacjenta, świadek zdarzenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.** | **Data i godzina zdarzenia** |  |
| **3.** | **Miejsce zdarzenia***Prosimy o opisanie miejsca zdarzenia w sposób, który pozwoli nam na zidentyfikowanie, jakiej sytuacji zdarzenie dotyczy.* |  |
| **4.** | **Kategoria zdarzenia niepożądanego:****** *związane z postępowaniem z pacjentem***** *dotyczące leków i ich podawania*****  dotyczące sprzętu medycznego lub wyrobów medycznych**** dotyczące organizacji pracy |
| **5.** | **Opis zdarzenia***Prosimy opisać przebieg zdarzenia niepożądanego, również niedoszłego. Im dokładniej zostanie opisane zdarzenie tym wnikliwiej będziemy mogli je rozpatrzyć (informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia).* |  |
| **6.** | Dane kontaktowe **(pole nieobowiązkowe)** |
| Imię i nazwisko | Numer telefonu i/lub adres e-mail |
|  |  |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA ZESPÓŁ DS. ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH** |
| **Data przyjęcia zgłoszenia** |  |
| **Nadany numer** |  |