I. DANE PACJENTA **Imię i nazwisko:**	**PESEL:**	
II. Czas wystąpienia zdarzenia	**Data:** (rrrr-mm-dd)	**Godzina:** (gg-mm)
III. Lokalizacja zdarzenia w Szpitalu (oddział, miejsce w oddziale, itd.)		

.....

PJ5 F1 FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. TYP ZDARZENIA	
Zdarzenia niepożądane (ZN), które **dosięgnęły pacjenta**	Zdarzenia niedoszłe (NZN), które **nie dosięgnęły pacjenta**
I. DZIAŁALNOŚĆ KLINICZNA ☐ ciało obce pozostawione w polu operacyjnym ☐ mylna identyfikacja pacjenta ☐ niewłaściwa identyfikacja procedury ☐ mylna identyfikacja miejsca operowanego ☐ błędna diagnoza ☐ embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym ☐ uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego ☐ nieterminowe dostarczenie opieki ☐ nieplanowe reoperacje ☐ nieplanowana powtórna hospitalizacja ☐ odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego ☐ sepsa po zabiegu operacyjnym	**I. DZIAŁALNOŚĆ KLINICZNA** ☐ ciało obce nieomal pozostawione w polu operacyjnym ☐ początkowo mylna identyfikacja pacjenta ☐ początkowo mylna identyfikacja procedury ☐ początkowo mylna identyfikacja miejsca operowanego ☐ zweryfikowana błędna diagnoza ☐ zweryfikowane zlecenie niewłaściwej profilaktyki ŻChZZ ☐ uniknięcie uszkodzenia ciała w wyniku ☐ uniknięto nieterminowego dostarczenia opieki
II. FARMAKOTERAPIA ☐ niewłaściwa dawka podanego leku ☐ niewłaściwy pacjent któremu podano lek ☐ niewłaściwy czas podania leku ☐ niewłaściwa droga podania leku ☐ niewłaściwy rozpuszczalnik do przygotowania leku ☐ podanie leku po upływie jego terminu ważności	**I. FARMAKOTERAPIA** ☐ uniknięto podania niewłaściwej dawki ☐ uniknięto podania leku niewłaściwemu pacjentowi ☐ uniknięto podania leku w niewłaściwym czasie ☐ uniknięto podania leku niewłaściwą drogą ☐ uniknięto podania leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika ☐ uniknięto podania leku po upływie terminu jego ważności
III. PRZETACZANIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW ☐ niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem ☐ podanie niewłaściwej jednostki ☐ inne działania związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych ☐ niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia	**II. PRZETACZANIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW** ☐ niewłaściwa identyfikacja pacjenta zweryfikowana przed przetoczeniem ☐ skorygowanie podania niewłaściwej jednostki ☐ inne działania niedoszłe związane z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych ☐ zweryfikowane początkowo niewłaściwe wskazania skutkujące odstąpieniem od przetoczenia

1. Zgłaszający (dane pracownika):

Imię i nazwisko: .....

Zawód: .....

Stanowisko: .....

Dane osobowe zostają trwale usunięte z systemu po 15 dniach od zgłoszenia!

IV. ŚRODOWISKO POBYTU PACJENTA / PRACY PERSONELU	IV. ŚRODOWISKO POBYTU PACJENTA / PRACY PERSONELU
☐ brak sprzętu medycznego	☐ zdarzenie niedoszłe związane z brakiem sprzętu medycznego
☐ awaria sprzętu medycznego	☐ zdarzenie niedoszłe związane z awarią sprzętu medycznego
☐ niedostateczne wyposażenie medyczne	☐ zdarzenie niedoszłe związane z niedostatecznym wyposażeniem technicznym
☐ awaria sprzętu technicznego	☐ zdarzenie niedoszłe związane z awarią sprzętu technicznego
☐ niedostateczna obsada dyżurowa	☐ zdarzenie niedoszłe związane z niedostateczną obsadą dyżurową
☐ niewłaściwa identyfikacja pacjenta	☐ zweryfikowana niewłaściwa identyfikacja pacjenta
V. INNE	**V. INNE**
☐ odleżyna powstała w szpitalu	☐ zdarzenie niedoszłe związane z odleżyną powstałą w szpitalu
☐ upadek pacjenta w szpitalu	☐ zdarzenie niedoszłe związane z upadkiem pacjenta w szpitalu
☐ samobójstwo w szpitalu	☐ zdarzenie niedoszłe związane z samobójstwem w szpitalu
☐ próba samobójcza w szpitalu	☐ zdarzenie niedoszłe związane z próbą samobójczą w szpitalu
☐ samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala	☐ inne
☐ inne	

2. SKUTEK ZDARZENIA (dla pacjenta i szpitala):

3. Reakcja bezpośrednia:

4.Uwagi/ komentarz: