

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i Nazwisko

Kategoria osoby zgłaszającej (należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii)

- osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych lub osoba biorąca udział w udzieleniu świadczeń zdrowotnych (stanowisko _____)
- świadek zdarzenia niepożądanego
- pacjent
- rodzina pacjenta lub opiekun

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko

Płeć

Kobieta

Mężczyzna

Nr PESEL _____

Czas wystąpienie zdarzenia niepożądanego

(należy podać rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD))

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu niepożądanym

(należy podać rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD))

Miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego

(nazwa podmiotu leczniczego)

Komórka organizacyjna podmiotu leczniczego

Opis zdarzenia niepożądanego

Obszar działalności leczniczej, w którym wystąpiło zdarzenie niepożądane (należy zaznaczyć X przy wybranym obszarze)

- urządzenia medyczne oraz wyposażenie
- organizacja pracy personelu medycznego
- leczenie pacjenta
- opieka nad pacjentem
- organizacja pracy

Data zgłoszenia