|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WEWNĘTRZNY SYSTEM JAKOŚCI MCN | | |
|  | KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO | **Wydanie: I**  **Stron: 5**  **Data wydania:** |

Zdarzenie niepożądane – 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, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Zdarzeń niepożądanych nie powinno się mylić z naturalnym postępem choroby lub przewidywalnymi powikłaniami terapeutycznymi.

***Formularz do wypełnienia dla osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane***

**Data zgłoszenia:**…………………………………….

**Rodzaj zdarzenia[[1]](#footnote-1)\* (zaznacz właściwe)**:

* zdarzenie niepożądane, które dosięgnęło pacjenta
* niedoszłe zdarzenie niepożądane

**Dane pacjenta:**

Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)

……………………………………………………………………………………………………………

Płeć: Kobieta/Mężczyzna\*(zaznacz właściwe)

Wiek: ……………………………

Numer księgi głównej/historia horoby (jeśli znany): ……………………………………………………

Rodzaj opieki: wskazujemy rodzaj opieki jaką objęty był pacjent np. opieka stacjonarna,

Ambulatoryjna

……………………………………………………………………………………………………………

Okres pobytu pacjenta: od …….. do ………

Ocena stanu pacjenta: opisujemy stan pacjenta przed i po wystąpieniu zdarzenia

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Czas wystąpienia zdarzenia (jeśli jest znany): ………………………………….

rok, miesiąc, dzień

Godzina wystąpienia zdarzenia (jeśli znana): …………………………………………………

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu: …………………………..………………………………

rok, miesiąc, dzień

**Miejsce wystąpienia zdarzenia (np. korytarz, sala chorych, gabinet zabiegowy, łazienka, gabinet terapeutyczny, inne opisać):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Komórka organizacyjna w której zaobserwowano zdarzenie (jeśli dotyczy):

……………………………………………………………………………………………………………

**Kategoria opieki pielęgniarskiej**\* (zaznacz właściwe):

* kategoria I - opieka minimalna - pacjent samowystarczalny
* kategoria II - opieka umiarkowana - pacjent wymagających pomocy i stymulacji
* kategoria III - opieka wzmożona - pacjent obłożny
* kategoria IV - opieka intensywna

**Opis zdarzenia niepożądanego:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Osoba identyfikująca[[2]](#footnote-2): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Świadkowie zdarzenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego\* zaznacz właściwe źródło informacji o zdarzeniu:

* uczestnik zdarzenia
* uczestnik zdarzenia pacjent
* świadek zdarzenia
* opiekun, rodzic
* pracownik medyczny
* pracownik niemedyczny
* osoba trzecia
* kontrola/audyt wewnętrzny
* kontrola/audyt zewnętrzny
* reklamacja/skarga/roszczenie
* przegląd dokumentacji medycznej
* inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przyczyna zdarzenia przykłady.:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj źródła** | **Możliwa przyczyna: zaznacz właściwe** |
| Czynnik ludzki | Pomyłki i przeoczenia  Przemęczenie  Niepełna (niedostateczna wiedza)  Pominięcie  Błędy techniczne  Brak doświadczenia  Nieprzestrzeganie procedur i przepisów  Niedostrzeganie ryzyka  Inne opisać  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… |
| Czynnik po stronie pacjenta | Zachowanie pacjenta  Otyłość  Zaburzenie kontaktu logicznego  Ciężki stan zdrowia  Utrudniona współpraca  Dysfunkcje narządu ruchu  Stosowanie sprzętu ortopedycznego (balkonik, kule)  Nieodpowiednie obuwie  Inne opisać  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… |
| Czynnik systemowy | Obniżenie kosztów opieki  Braki personelu  Zła organizacja czasu  Błędy w zarządzaniu  Brak informacji  Brak szkoleń z zakresu zapobiegania zdarzeniom niepożądanym  Inne opisać  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… |
| Czynnik infrastruktury | Zła organizacja miejsca  Problem produktu/wyrobu  Problemy z fizycznym środowiskiem pracy (np. oświetlenie, temperatura i wentylacja)  Niefunkcjonujący lub błędnie działający system informatyczny  Inne opisać  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… |
| Inne | Nietypowa reakcja na działania medyczne  Działania osób trzecich  Sytuacje nadzwyczajne  Błędy po stronie kontrahentów szpitala  Unieruchomienie  Inne opisać  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………… |

Skutek zdarzenia\* (zaznaczyć właściwe):

|  |
| --- |
| ZDARZENIA ZWIĄZANE Z PROCESEM LECZNICZYM |
| mylna identyfikacja procedury |
| podanie leku bez zlecenia |
| podanie niewłaściwego leku |
| podanie niewłaściwej dawki leku |
| niewłaściwa droga podania leku |
| niewłaściwe połączenie z innym lekiem |
| dwukrotne podanie leku |
| nieterminowe podanie leku |
| podanie leku poza naczynie |
| działania niepożądane leków (np. reakcja alergiczna na lek) |
| pomylenie pacjenta |
| błędy związane z pobieraniem próbek krwi |
| nieterminowo dostarczona opieka |
| samookaleczenie |
| zgon lub poważne uszkodzenie pacjenta związane z błędem medycznym |
| zażycie środków odurzających |
| molestowanie seksualne |
| gwałt |
| samobójstwo lub próba samobójcza |
| uraz |
| agresja wobec pacjenta/czynna/słowna |
| uszkodzenie ciała w związku z zastosowaniem przymusu bezpośredniego |
| inne wyżej nie wymienione – opisać poniżej |
| ZABIEGI I ZNIECZULENIA |
| nieprawidłowa identyfikacja pacjenta |
| uszkodzenie ciała |
| i inne wyżej nie wymienione opisać poniżej |
| ZDARZENIA ZWIĄZANE Z HOSPITALIZACJĄ |
| samowolne oddalenie się pacjenta/ucieczka |
| upadki |
| upadek pacjenta |
| wypadnięcie pacjenta z łóżka |
| uraz |
| samobójstwo lub próba samobójcza |
| samookaleczenie |
| zażycie środków odurzających |
| współżycie seksualne |
| molestowanie seksualne |
| gwałt |
| połknięcie obiektu |
| spożycie środka dezynfekującego |
| zainfekowanie/zakażenie/zatrucie |
| insekty/pogryzienie |
| inne wyżej nie wymienione – opisać poniżej |
| ZDARZENIA ZWIĄZANE Z PRODUKTEM LECZNICZYM LUB WYROBEM MEDYCZNYM |
| zdarzenia związane z wystąpieniem incydentu medycznego |
| zgon lub poważne uszkodzenie pacjenta związane z niewłaściwym zastosowaniem lub działaniem urządzenia |
| odczyn uczuleniowy np. na plaster |
| i inne wyżej nie wymienione. |
| ZDARZENIA ZWIĄZANE ZE ŚRODOWISKIEM TECHNICZNYM |
| porażenie prądem |
| podanie zanieczyszczonego gazu |
| urazy pacjenta wywołane infrastrukturą |
| oparzenia |
| i inne wyżej nie wymienione opisać poniżej. |

* sytuacja grożąca wypadkiem
* inne (jakie?) …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Działania wstępne/korekcyjne: wszystkie działania, które są podejmowane, w celu usunięcia**

**wykrytej niezgodności.**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Działania korygujące: jakie szersze działania podjęto w celu wyeliminowania przyczyny wykrytej niezgodności**

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Informacje o osobie zgłaszającej (możliwość anonimizacji danych, można wpisać inicjały):**

Imię i nazwisko:

……………………………………………………………………………………………………………

Pokrewieństwo lub stosunek prawny do pacjenta (**możliwość anonimizacji danych, można nie określać)**:

……………………………………………………………………………………………………………

Stanowisko (jeśli dotyczy)

……………………………………………………………………………………………………………

Nazwa placówki (jeśli dotyczy): ……………………………………………………………………………………………………………

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy): ……………………………………………………………………………………………………………

**Załączniki: dodajemy materiały, które mogą mieć istotne znaczenie, wyszczególnić jakie**

**Załącznik nr 1**

……………………………………………………………………………………………………………

**Załącznik nr 2**

……………………………………………………………………………………………………………

\*zaznacz właściwy

1. w tym polu określamy czy zgłaszane zdarzenie się zmaterializowało czy też zaszła tylko możliwość jego wystąpienia [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba identyfikująca: pole to wypełniane jest gdy zgłoszenie dodaje inna osoba niż ta, która

   zaobserwowała zdarzenie np. kierownik komórki organizacyjnej po otrzymaniu ustnej informacji

   od pracownika [↑](#footnote-ref-2)