



SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
im. Macieja z Miechowa w Łasinie
86-320 Łasin, ul. Radzyńska 4

Załącznik nr 1 do procedury

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO
PACJENT/RODZINA/OPIEKUN

<i>Dane pacjenta:</i> Imię i Nazwisko: Data urodzenia:
<i>Czas wystąpienia zdarzenia:</i> Data, godz.
<i>Krótki opis zdarzenia:</i>
<i>Propozycja usprawnień:</i>
<i>Dane zgłaszającego:</i> <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> rodzina <input type="checkbox"/> opiekun <input type="checkbox"/> anonimowe dane Imię i nazwisko: telefon: e-mail:
<i>ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W POZ</i> <input type="checkbox"/> pomylenie wyników badań pacjentów <input type="checkbox"/> niewłaściwe przepisanie lub podanie leku (niewłaściwy lek, zła dawka, niewłaściwa droga i czas podania); <input type="checkbox"/> postępowanie niewłaściwe czasowo, w szczególności zbyt późne skierowanie do szpitala <input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała, w szczególności w wyniku podawania leku, szczepionki czy wykonania innej procedury medycznej np. zdjęcia szwów; <input type="checkbox"/> nieprawidłowe pobranie, przygotowanie lub przechowanie materiału biologicznego do badania laboratoryjnego; <input type="checkbox"/> nieprawidłowa informacja przekazana pacjentowi, w szczególności o przygotowaniu do badania, terminie wizyty, postępowaniu w przypadku choroby zakaźnej; <input type="checkbox"/> wypadki i urazy na terenie jednostki <input type="checkbox"/> inne