

KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Szanowni Państwo,

W trosce o bezpieczeństwo Pacjenta w Gminnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łasku prowadzone jest monitorowanie zdarzeń niepożądanych.

Zdarzenia niepożądane to zdarzenia zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta. Nie stanowi zdarzenia niepożądane zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Każdy pracownik Przychodni, pacjent, opiekun oraz rodzina pacjenta mają możliwość zgłoszenia zdarzenia niepożądane na poniższym formularzu.

UWAGA: Dane osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane pozostaje do wyłącznej wiadomości osoby odpowiedzialnej za raportowanie zdarzeń niepożądanych, zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez ujawniania swoich danych. Dane pacjenta, którego dotyczy zgłoszone zdarzenie niepożądane, muszą być podane w celu przeprowadzenia analizy.

Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

Dane pacjenta: imię i nazwisko

Płeć (do wyboru):

Kobieta

Mężczyzna

Wiek

Czas wystąpienia zdarzenia (data i godzina zdarzenia):

Miejsce wystąpienia zdarzenia: Nazwa placówki

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy)

Świadcowie zdarzenia

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| • Spostrzeżenie personelu | <input type="checkbox"/> | • Kontrola/audit zewnętrzny | <input type="checkbox"/> |
| • Spostrzeżenia pacjenta | <input type="checkbox"/> | • Reklamacja/skarga/roszczenie | <input type="checkbox"/> |
| • Spostrzeżenia osoby trzeciej | <input type="checkbox"/> | • Przegląd dokumentacji medycznej | <input type="checkbox"/> |
| • Kontrola/audit wewnętrzny | <input type="checkbox"/> | • Inne (jakie?) | <input type="checkbox"/> |

Opis zdarzenia niepożądanego: (pole opisowe)

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki: (pole opisowe)

Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze): (pole opisowe)

Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło) (do wyboru): TAK NIE

Kategoria zdarzenia niepożądanego: (sugestie na liście poniżej)

- Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze)
- Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego
- Związanych z leczeniem i farmakologią
- Związanych z opieką nad pacjentem
- Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi
- Związanych z nieprzestrzeganiem procedur
- Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji)

Podkategoria zdarzenia niepożądanego: (wpisz nr kategorii i literę podkategorii np. 4c)

1. Dotyczących urządzeń medycznych, wyposażenia (interfejsy informacyjne i wykonawcze):

- a) brak bieżących przeglądów technicznych,
- b) brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- c) awaria sprzętu,
- d) nieczytelny panel aparatu,
- e) nieergonomiczny układ przycisków czy uchwytów sprzętu medycznego,
- f) uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
- g) inne.

2. Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:

- a) niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu fizykoterapeutycznego,
- b) mylna identyfikacja miejsca zabiegowego,
- c) niewłaściwa dawka podana w trakcie zabiegu fizykoterapeutycznego,
- d) przeprowadzenie serii zabiegów fizjoterapeutycznych w niewłaściwej kolejności (niezgodnej z kanonem sztuki fizjoterapeutycznej),
- e) uszkodzenie ciała w wyniku zastosowanej nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury fizjoterapeutycznej,
- f) niewykrycia wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur fizjoterapeutycznych,
- g) inne.

3. Związanych z leczeniem i farmakologią:

- a) błędną diagnozę z uwagi na:

- mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
 - mylny opis badań radiologicznych,
 - mylną interpretację opisu badania histopatologicznego,
- b) zlecenie niewłaściwego zabiegu,
- c) zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu, w skutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
- d) nieprawidłowe wykonanie zabiegu medycznego,
- e) uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej,
- f) pomyłkę w podaniu leku, w tym:
- podanie niewłaściwego leku,
 - błędne ustalenie dawki leku,
 - błędną identyfikację pacjenta,
 - niewłaściwy czas podania leku,
 - nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
 - nieprawidłową drogę podania leku,
 - nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
 - zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- g) inne.

4. Związanych z opieką nad pacjentem:

- a) mylną identyfikacją pacjenta,
- b) mylną identyfikacją procedury,
- c) niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- d) odleżyny powstałe w związku z zaniedbaniem opieki,
- e) odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego,
- f) wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
- g) inne

5. Związanych z zdarzeniami niespodziewanymi:

- a) próbę samobójczą,
- b) samobójstwo,
- c) upadek pacjenta w placówce,
- d) zgon pacjenta
- e) inne.

6. Związanych z nieprzestrzeganiem procedur:

- a) przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
- b) udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- c) inne.

7. Dotyczących organizacji pracy i zarządzania (normalizacji):

- a) brak normalizacji urzędzeń, nazewnictwa, procedur,
- b) dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień (bez prawa do wykonywania zawodu medycznego),
- c) niewystarczająca liczba personelu,
- d) niska jakość doboru personelu,
- e) niewłaściwe planowanie pracy (nadgodziny, praca zmianowa, dopuszczenie do pracy pracownika pracującego w kilku miejscach – bez zachowania odpoczynku dobowego),
- f) nieumiejętność wprowadzenia pracy zespołowej,
- g) nieprawidłowa komunikacja,
- h) inne.

Informacje o osobie zgłaszającej (należy zapewnić możliwość anonimizacji danych):

Imię i nazwisko

Stanowisko (jeśli dotyczy) lub pokrewieństwo w stosunku do pacjenta

Nazwa placówki (jeśli dotyczy)

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy)

Data zgłoszenia.....