



ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

PRZEZ PACJENTA, RODZINĘ PACJENTA / OSOBY BLISKIE PACJENTA LUB OSOBY BĘDĄCE ŚWIADKIEM TAKIEGO ZDARZENIA w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Droży Państwo, zgłaszanie zdarzeń niepożądanych przez Pacjentów, rodzinę Pacjenta/osoby bliskie Pacjenta oraz przez świadków takich zdarzeń pozwala monitorować i podnosić poziom jakości opieki i bezpieczeństwa Pacjenta w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Zgłoszenia te są monitorowane i analizowane przez funkcjonujący w Spółce Zespół ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych w Krapkowickim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.. Podanie danych w zgłoszeniu takich jak: imię, nazwisko, danych kontaktowych jest dobrowolne - jeśli chcą Państwo przesłać Zgłoszenie w formie ANONIMOWEJ prosimy o nie uzupełnianie wymienionych danych. Czym są zdarzenia niepożądane? Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. z 2023 r., poz. 1692 ze zm.), przez zdarzenie niepożądane należy rozumieć 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 następstwem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

1. Oddział / jednostka, w którym zaistniało zdarzenie niepożądane

- ☐ Izba Przyjęć
- ☐ Oddział Chorób Wewnętrznych z pododdziałem gastroenterologii
- ☐ Oddział Chirurgii ogólnej
- ☐ Oddział ginekologiczno-położniczy
- ☐ Oddział neonatologiczny z pododdziałem patologii noworodka
- ☐ Oddział pediatriczny
- ☐ Oddział okulistyczny – zespół chirurgii jednego dnia
- ☐ Oddział urologiczny – zespół chirurgii jednego dnia
- ☐ Oddział otolaryngologiczny – zespół chirurgii jednego dnia
- ☐ Zakład Opiekuńczo-Lecniczy
- ☐ Blok Operacyjny
- ☐ Pracownia Badań Endoskopowych
- ☐ Pracownia Badań obrazowych
- ☐ Nocna Świąteczna Opieka Zdrowotna
- ☐ Inna jednostka/komórka organizacyjna Szpitala

2. Data zaistniałego zdarzenia niepożądanego

.....

3. Wiek Pacjenta

- ☐ <18 r.ż.
- ☐ 18-39 lat
- ☐ 40-59 lat
- ☐ 60-79 lat
- ☐ ≥80 lat

4. Płeć Pacjenta

- ☐ Kobieta
- ☐ Mężczyzna

5. Imię i nazwisko Pacjenta (odpowiedź nie jest wymagana – jeśli chce Pani/Pan zgłosić zdarzenie anonimowo prosimy nie podawać danych)

.....

6. Rodzaj zaistniałego zdarzenia niepożądanego

- ☐ 1. Zdarzenia z zakresu prowadzonej działalności klinicznej:
 - ☐ okołozabiegowe /okołoproceduralne
 - ☐ zakażenie wewnątrzszpitalne
 - ☐ uraz podczas hospitalizacji
 - ☐ inne _____
- ☐ 2. Zdarzenia z zakresu farmakoterapii
- ☐ 3. Zdarzenia z zakresu przetaczania krwi i jej składników
- ☐ 4. Zdarzenia z zakresu wadliwego sprzętu medycznego, wyposażenia
- ☐ 5. Zdarzenia w aspekcie błędnego zarządzania zasobami ludzkimi
- ☐ 6. Zdarzenia z zakresu błędu komunikacji (np. samowolne oddalenie się Pacjenta ze szpitala)
- 6. Inne zdarzenie niepożądane

7. Szczegółowy opis zaistniałego zdarzenia niepożądanego (przebieg, czynniki wpływające na zajście zdarzenia, skutki dla Pacjenta) – informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia niepożądanego

8. Czy został Pan/Pani poinformowany/-a o zajściu zdarzenia niepożądanego przez personel medyczny?

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie dotyczy

9. Czy informacja o zaistniałym zdarzeniu niepożądanym została zawarta w Karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego Pacjenta

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie dotyczy

10. Osoba zgłaszająca

- ☐ Pacjent
- ☐ rodzina/osoba bliska Pacjenta
- ☐ świadek zdarzenia niepożądanego

11. Dane kontaktowe osoby zgłaszającej np.: e-mail, numer telefonu, adres korespondencyjny (dane pozwolą na ewentualny kontakt w celu uszczegółowienia zaistniałego zdarzenia niepożądanego)