



Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

Dane pacjenta: Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)

--

Wiek

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Płeć (do wyboru): Kobieta

--

 Mężczyzna

--

Czas wystąpienie zdarzenia (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

Godzina, minuta (HH:MM)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

Godzina, minuta (HH:MM)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

--

Komórka organizacyjna: (jeśli dotyczy)

--

Świadcowie zdarzenia:

--

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| • Spostrzeżenie personelu | ☐ | • Reklamacja/skarga/roszczenie | ☐ |
| • Spostrzeżenia pacjenta | ☐ | • Przegląd dokumentacji medycznej | ☐ |
| • Spostrzeżenia osoby trzeciej | ☐ | • Inne (jakie?) | ☐ |
| • Kontrola/audyt wewnętrzny | ☐ | | |



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 niedoszłe, ang. near miss) *(do wyboru):* TAK ☐ NIE ☐

Kategoria zdarzenia niepożądanego: *(sugestie na liście poniżej)*

- ☐ Źródła zdarzeń niepożądanych związanych z działaniem dziecka (zachowanie, stan zdrowia)
- ☐ Źródła zdarzeń niepożądanych związanych z działaniem personelu (kompetencje, doświadczenie, nieuwaga)
- ☐ Źródła zdarzeń niepożądanych związanych z organizacją pracy (zarządzaniem)

Podkategoria zdarzenia niepożądanego: *(wpisz nr kategorii i literę podkategorii np. 3d)*



1. Źródła zdarzeń niepożądanych związanych z działaniem dziecka (zachowanie, stan zdrowia)

- a. Upadek pacjenta
- b. Agresja ze strony dziecka
- c. Zachłyśnięcie drobnym przedmiotem/ płynem
- d. Reakcje alergiczne
- e. Przytrzaśnięcie palców dziecka przez drzwi
- f. Włożenie przez dziecko przedmiotu do oka, ucha, nosa
- g. Skaleczenie ostrymi częściami zabawki, nożyczkami, papierem itp.
- h. Atak epilepsji, histerii, omdlenie
- i. Autoagresja dziecka

2. Źródła zdarzeń niepożądanych związanych z działaniem personelu (kompetencje, doświadczenie, nieuwaga)

- a. Niewłaściwe użycie sprzętu
- b. Zakażenia
- c. Uraz fizyczny dziecka podczas zabiegów fizjoterapii
- d. Przeziębienie dziecka

3. Źródła zdarzeń niepożądanych związanych z organizacją pracy (zarządzaniem):

- a. Niewłaściwa diagnoza
- b. Niewłaściwe techniki terapeutyczne lub nieprawidłowe podejście do pacjenta, brak komunikacji w zespole
- c. Działanie siły zewnętrznej
- d. Otarcie o ścianę, meble lub inne elementy wyposażenia
- e. Kontakt dziecka ze środkiem szkodliwym dla zdrowia



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