



KARTA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

INFORMACJE

CO TO JEST ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE?

Jest to zdarzenie w przebiegu udzielania pomocy medycznej, wywołujące lub mogące wywołać negatywne skutki u pacjenta, nie związane z naturalnym przebiegiem choroby.

Zdarzenia niepożądane to zdarzenia zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

CZEMU SŁUŻY ZGŁASZANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH?

Analiza zgłoszonych zdarzeń niepożądanych pozwoli ustalić, co się wydarzyło i jaka była tego przyczyna, aby skutecznie zapobiegać podobnym przypadkom w przyszłości.

Zarządzanie zdarzeniami niepożądanymi nie ma na celu szukania winnych i ich karania, lecz podjęcie działań naprawczych i ocenę ich skuteczności.

CZY ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO WIĄŻE SIĘ Z UJAWNieniem SWOICH DANYCH OSOBOWYCH?

Osoba zgłaszająca zdarzenie niepożądane **może, ale nie musi** podawać swoich danych.

Dane osobowe zgłaszającego są objęte tajemnicą i chronione zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Dostęp do tych danych będzie mieć jedynie upoważniony zespół analizujący zdarzenie.

JAKIE DZIAŁANIA W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM PODEJMIE NSZOOZ GOMED-OSTROWIEC?

Każde zgłoszenie zostanie zarejestrowane, a następnie przeanalizowane i w zależności od rodzaju zdarzenia zostaną podjęte adekwatne działania.

CZY ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO JEST RÓWNOZNACZNE ZE ZŁOŻENIEM SKARGI?

Nie. System zarządzania zdarzeniami niepożądanymi jest niezależny i odseparowany od rozpatrywania skarg i zażaleń, jak również od systemu odpowiedzialności karnej i zawodowej, ponieważ nie ma na celu szukania winnych i ich karania, lecz analizę zdarzenia, podjęcie działań naprawczych i ocenę ich skuteczności.

1. Zgłoszenie dotyczy:

- Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej: *alergologia, alergologia dla dzieci, dermatologia*
- Podstawowej Opieki Zdrowotnej: *świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki POZ, pielęgniarki szkolnej*
- Opieki Paliatywnej i hospicyjnej: *hospicjum domowe, hospicjum domowe dla dzieci, Zakład Medycyny Paliatywnej/Hospicjum stacjonarne, Poradnia Medycyny Paliatywnej*
- Rehabilitacji leczniczej: *fizjoterapia ambulatoryjna*

2. Osoba zgłaszająca:

- Pracownik
- Pacjent
- Rodzina, osoba bliska, opiekun faktyczny
- Świadek zdarzenia niepożądanego

3	Data i godzina zdarzenia	
----------	---------------------------------	--



KARTA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

4	Miejsce zdarzenia Prosimy o opisanie miejsca zdarzenia w sposób, który umożliwi nam zidentyfikowanie, jakiej sytuacji dotyczy zgłoszenie. Jest to niezbędne, aby móc dokonać analizy zgłoszenia. Informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia.	
5	Kategoria zdarzenia niepożądanego <input type="checkbox"/> Zdarzenie związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych <input type="checkbox"/> Zdarzenie dotyczące leków i ich podawania <input type="checkbox"/> Zdarzenie związane z opieką nad pacjentem <input type="checkbox"/> Zdarzenie dotyczące sprzętu medycznego i/lub wyrobów medycznych <input type="checkbox"/> Zdarzenie związane z budynkiem i jego infrastrukturą techniczną <input type="checkbox"/> Zdarzenie związane z organizacją pracy i BHP <input type="checkbox"/> Zdarzenie wynikające ze zdarzeń nieprzewidzianych	
6	Opis zdarzenia Kto? Co? Jak? Jakie skutki? Prosimy opisać przebieg zdarzenia niepożądanego, również potencjalnego, które dopiero mogło się wydarzyć. Im dokładniejsze dane tym wnikliwiej będziemy mogli je przeanalizować i wyciągnąć wnioski. Informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia.	
7	Dane kontaktowe osoby zgłaszającej (opcjonalnie)	
	Imię i nazwisko	Numer telefonu i/lub adres e-mail
Wypełnia Zespół do Prowadzenia Analiz Przyczyn Źródłowych Zdarzeń Niepożądanych		
	Data przyjęcia zgłoszenia:	
	Nadany numer:	