Załącznik nr 2 do procedury – Polityka Bezpieczeństwa Pacjenta

KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO PRZEZ PACJENTA, RODZINĘ LUB OPIEKUNA

*Drodzy Państwo,*

*zgłaszanie zdarzeń niepożądanych przez pacjentów, ich rodziny/osoby bliskie oraz przez świadków takich zdarzeń pozwala monitorować i podnosić poziom jakości opieki i bezpieczeństwa wszystkich pacjentów w Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Bytomiu.*

*Wszystkie zarejestrowane zgłoszenia są monitorowane i analizowane przez zespół ds. zdarzeń niepożądanych.
Podanie danych w zgłoszeniu takich jak: imię, nazwisko, numer księgi głównej, danych kontaktowych jest dobrowolne - jeśli chcą Państwo przekazać zgłoszenie w formie ANONIMOWEJ proszę nie uzupełniać wymienionych danych.

Czym są zdarzenia niepożądane?*

*Zgodnie z definicją z Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023 poz.1692) zdarzenie niepożądane należy rozumieć jako 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 skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.*

1. Nazwa oddziału, w którym zaistniało zdarzenie niepożądane:

……………………………………………………………………………………………………………………………..

2. Data zaistnienia zdarzenia niepożądanego: …………………………………………………………………………….

3. Imię i nazwisko pacjenta uczestniczącego w zdarzeniu

……………………………………………………………………………………………………………………………..

4. Rodzaj zaistniałego zdarzenia niepożądanego:

……………………………..………………………………………………………………………………………………

5. 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:

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….

6. Czy został Pan/Pani/Pacjent poinformowany/-a o zdarzeniu niepożądanym przez personel medyczny?

⃝ TAK ⃝ NIE ⃝ nie dotyczy

7. Czy informacja o zaistniałym zdarzeniu niepożądanym została zawarta w Karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego pacjenta?

⃝ TAK ⃝ NIE ⃝ nie dotyczy / nie mam wiedzy

8. Osoba zgłaszająca: \*

⃝ pacjent ⃝ rodzina/osoba bliska pacjenta ⃝ świadek zdarzenia niepożądanego

9. Dane kontaktowe osoby zgłaszającej np.: e-mail, numer telefonu, adres korespondencyjny (dane pozwolą na ewentualny kontakt w celu uszczegółowienia zaistniałego zdarzenia niepożądanego lub przesłania informacji zwrotnej o podjętych działaniach w związku ze zgłoszonym zdarzeniem – podanie tych danych nie jest to konieczne):

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………