

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA

Definicja z Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023 poz.1692): Zdarzenie niepożądane - 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.

Imię i nazwisko zgłaszającego (w przypadku chęci dokonania zgłoszenia anonimowego proszę o pozostawienie pustego pola)			
Data wystąpienia zdarzenia:			
Miejsce zdarzenia:			
☐ Położnictwo A ☐ Położnictwo B ☐ Położnictwo C / Dom Narodzin ☐ Oddział Ginekologii ☐ Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka ☐ Blok porodowy ☐ Blok operacyjny ☐ Izba Przyjęć ☐ Przychodnia ☐ Ciągi komunikacyjne ☐ Inne: (gdzie?)			
Imię i nazwisko Pacjenta:			
Data urodzenia Pacjenta:			
Data pobytu OD:		Data pobytu DO:	
Opis zdarzenia:			