|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZGŁASZAJĄCY:** Imię i nazwisko: zawód/stanowisko: | | | | |
| Miejsce zdarzenia: | | | | |
| **UWAGA:** Wszystkie dane dotyczące zgłaszającego oraz lokalizacja zgłoszenia zostają skutecznie usunięte z formularza papierowego oraz systemu informatycznego po dokonaniu analizy i oceny | | | | |
| **DANE PACJENTA** | płeć: ☐ **M** ☐ **K** | | | wiek |
| Czas wystąpienia zdarzenia | rok | miesiąc | dzień | godzina |
|  | | | | |
| **Typ zdarzenia** (*zaznaczyć właściwe)* | | | | |
| 1. **ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE ZWIĄZANE Z LECZENIEM I OPIEKĄ NAD PACJENTEM** | | | | |
| * mylna identyfikacja procedury; * błędna diagnoza pielęgniarska; * mylna interpretację wyników badań laboratoryjnych, * uszkodzenie ciała w wyniku procedury medycznej; * niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki; * nieprzestrzeganie procedur i instrukcji; * pomyłka w podaniu leku, w tym: * podanie niewłaściwego leku * podanie leku po upływie terminu ważności * błędne ustalenie dawki leku, * błędną identyfikację pacjenta, * nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku, * niewłaściwa droga podania leku, * zastosowanie niewłaściwej substancji do rozpuszczenia leku; * samowolne przyjęcie leku przez pacjenta * powstanie odleżyny * zakażenie rany; * zakażenie miejsca wkłucia; * upadek pacjenta podczas wizyty domowej * inne. | | | | |
| 1. **ZDARZENIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU, WYPOSAŻENIA, ORGANIZACJI PRACY** | | | | |
| * brak dostępności sprzętu; * awaria sprzętu; * uszkodzenia pacjenta związane ze sprzętem; * nieprawidłowe postępowanie ze sprzętem po użyciu; * inne | | | | |
| Korelacja między ZN/NZN a lekami pacjenta:  *(jeżeli wystąpiła)* | | | | |
| OPIS I OKOLICZNOŚCI WYSTĄPIENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO | | | | |

|  |
| --- |
| PRZYCZYNA : |
| REAKCJA BEZPOŚREDNIA / PODJĘTE DZIAŁANIA: |
| KONSEKWENCJE dla PACJENTA………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………...  Przekazanie do lekarza POZ: ☐ **TAK** ☐ **NIE**  Wezwanie ZRM ☐ **TAK** ☐ **NIE**  Przekazanie na oddział szpitalny ☐ **TAK** ☐ **NIE** *jeśli TAK, to jaki* …………….…………………………………  Utrata/upośledzenie funkcji:  czuciowej ☐ **TAK** ☐ **NIE** ruchowej ☐ **TAK** ☐ **NIE**  fizjologicznej ☐ **TAK** ☐ **NIE** intelektualnej ☐ **TAK** ☐ **NIE** |

**Ocena ciężkości zdarzenia SAC-** *dokonuje Zespół*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matryca SAC** | | **CIĘŻKOŚĆ ZDARZENIA** | | | |
| bardzo ciężkie | ciężkie | umiarkowane | lekkie |
| **PRAWDOBODOBIEŃSTWO** | częste  ≥ 3 x w roku | **3** | **3** | **2** | **1** |
| sporadyczne  1-2 x w roku | **3** | **2** | **1** | **1** |
| rzadkie  1 x 2-5 lat | **3** | **2** | **1** | **1** |
| bardzo rzadkie  1 x lat | **3** | **2** | **1** | **1** |

**Kategorie ryzyka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SKALA PUNKTOWA** | **KATEGORIA RYZYKA** | **ANALIZA PRZYCZYN ŹRÓDŁOWYCH** |
| **3** | **wysokie ryzyko** | analiza obowiązkowa |
| **2** | **średnie ryzyko** | analiza obowiązkowa |
| **1** | **małe ryzyko** | w zależności od decyzji  – analiza obowiązkowa |

*Wypełnia Kierownik*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NR ZN | DATA ZGŁOSZENIA ZN | DATA ANALIZY |