|  |
| --- |
| **ZGŁASZAJĄCY:** Imię i nazwisko: zawód/stanowisko:  |
| Miejsce zdarzenia  | nr w Wykazie Przyjęć   |
| **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 pacjenta;
* mylna identyfikacja procedury;
* błędna diagnoza z uwagi na:
* mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
* mylny opis badań radiologicznych,
* 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 lub po upływie terminu ważności
* błędne ustalenie dawki leku,
* błędną identyfikację pacjenta,
* nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
* niewłaściwą drogę podania leku,
* zastosowanie niewłaściwej substancji do rozpuszczenia leku;
* samowolne przyjęcie leku przez pacjenta
* próba samobójczą;
* samobójstwo;
* powstanie odleżyny;
* zakażenie rany/ miejsca wkłucia
* upadek pacjenta;
* inne.
 |
| 1. **ZDARZENIA DOTYCZĄCE SPRZĘTU MEDYCZNEGO, 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 ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO  |
| PRZYCZYNA : |
| REAKCJA BEZPOŚREDNIA - PODJĘTE DZIAŁANIA: |
| KONSEKWENCJE dla PACJENTA ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...Przeniesienie na inny oddział / salę ☐ **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** *wypełnia kierownik/pielęgniarka koordynująca*

|  |  |
| --- | --- |
| **Matryca SAC** | **CIĘŻKOŚĆ ZDARZENIA** |
| bardzo ciężkie | ciężkie | umiarkowane | lekkie |
| **PRAWDOBODOBIEŃSTWO** | częste≥ 3 x w roku | **3** | **3** | **2** | **1** |
| sporadyczne1-2 x w roku | **3** | **2** | **1** | **1** |
| rzadkie1 x 2-5 lat | **3** | **2** | **1** | **1** |
| bardzo rzadkie1 x $\leq 5$ lat | **3** | **2** | **1** | **1** |

**Tabela 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/pielęgniarka koordynująca*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NR ZN | DATA ZGŁOSZENIA ZN/  | DATA ANALIZY – Z. JAKOŚCI |