FORMULARZ ZGŁOSZANIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

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. Zdarzeń niepożądanych nie powinno się mylić z naturalnym postępem choroby lub przewidywalnymi powikłaniami terapeutycznymi.

Nazwisko i imię pacjenta:	Wiek pacjenta:
Nazwa poradni:	
Data i godzina przyjęcia zgłoszenia przez pracownika uprawnionego:	Miejsce wystąpienia zdarzenia:
Opis zdarzenia niepożądanego:	
Skutek zdarzenia dla pacjenta:	
Skutek zdarzenia dla Ośrodka:	
Niezwłocznie podjęte działania naprawcze/ lub zapobiegawcze:	
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej zdarzenie:	
Potwierdzenie zapoznania się ze zgłoszeniem zdarzenia, data i podpis:	