

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego Podmiot: POLMED S.A.

Celem zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację sytuacji i okoliczności, które są zagrożeniami dla pacjenta, oraz działania mające na celu zapobieganie tym zagrożeniom lub ich kontrolę. Niniejszy formularz jest spełnieniem przez nas obowiązku wynikającego z Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Formularz może mieć charakter anonimowy i ma na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń, zgłoszenie zdarzenia niepożądanego nie rodzi żadnych konsekwencji dla zgłaszającego. Każda osoba będąca świadkiem zdarzenia niepożądanego może takie zdarzenie zgłosić.

Zdarzenie niepożądane - kiedy mamy z nim do czynienia?

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta definiuje w art. 2 pkt 8 co należy rozumieć przez zdarzenie niepożądane. W świetle wspomnianego przepisu należy zaznaczyć, że jest 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 (jako przykłady ustawa wskazuje zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu)

Co warte zaznaczenia, w świetle ustawy o jakości nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Informujemy, że dane osobowe zgromadzone w związku z przyjęciem zgłoszenia zdarzenia niepożądanego będą przetwarzane tylko i wyłącznie przez POLMED S.A. wyłącznie do celów związanych z realizacją obowiązku monitorowania jakości i bezpieczeństwa w podmiocie oraz podczas udzielania świadczeń medycznych.

Część I

INFORMACJE O PACJENCIE (którego zdarzenie dotyczy)

Inicjały Pacjenta (którego zdarzenie dotyczy)

Płeć Pacjenta (którego zdarzenie dotyczy)

☐

Kobieta

☐

Mężczyzna

Data urodzenia Pacjenta (którego zdarzenie dotyczy)

Wzrost Pacjenta (którego zdarzenie dotyczy)

Waga Pacjenta (którego zdarzenie dotyczy)

Część II INFORMACJA O ZDARZENIU NIEPOŻĄDANYM

Miejsce powstania zdarzenia niepożądanego

Prosimy o opisanie miejsca zdarzenia w sposób, który umożliwi nam zidentyfikowanie, jakiej sytuacji zgłoszenie dotyczy. Jest to niezbędne, by móc dokonać analizy zdarzenia. Informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia.

Opis zdarzenia niepożądanego:

Klasyfikacja zdarzenia niepożądanego:

☐

Bardzo ciężkie (zgon lub znaczne i trwałe uszkodzenie ciała)

☐

Ciężkie (znaczne uszkodzenie ciała lub czasowy rozstrój zdrowia)

☐

Umiarkowane (np. przedłużony pobyt w podmiocie leczniczym)

☐

Lekkie (inne niż wymienione powyżej niepowodujące uszczerbku na zdrowiu)

Rodzaj zaistniałego bardzo ciężkiego lub ciężkiego zdarzenia niepożądanego

☐

Zgon (data: _____)

☐

Zagrożenie życia

☐

Trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności

☐

Hospitalizacja/jej przedłużenie Hospitalizacja/jej przedłużenie

☐

Poronienie

☐

Inne, istotne medycznie

Data wystąpienia objawów:

Data ustąpienia objawów:

Wynik zdarzenia niepożądanego

- ☐ Powrót do zdrowia
- ☐ Brak powrotu do zdrowia
- ☐ Powrót do zdrowia z trwałymi następstwami
- ☐ Stan ulega pogorszeniu
- ☐ W trakcie leczenia
- ☐ Stan poprawia się
- ☐ Nieznany
- ☐ Zgon

W przypadku zgonu pacjenta - przyczyna zgonu:

Cześć III. LEK/-I PODEJRZEWANY/-E O SPOWODOWANIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Wypełnić tylko jeśli zdarzenie niepożądane dotyczy zażycia, podania leku

Nazwa leku

Nr serii*/ data ważności

Dawkowanie

Postać leku

Droga podania

Data rozpoczęcia stosowania

Data zakończenia stosowania

Wskazanie

Jeśli nie podano numeru serii leku, proszę podać przyczynę:

☐

Osoba zgłaszająca odmawia podania numeru serii

☐

Opakowanie niedostępne dla lekarza

☐

Lek otrzymany w nieoryginalnym opakowaniu

☐

Wyrzucono opakowanie

☐

Brak informacji w dokumentacji pacjenta

☐

Numer na opakowaniu nieczytelny

☐

Osoba zgłaszająca nie posiadała numeru serii

Związek zdarzenia niepożądanego z lekiem

☐

Prawdopodobny

☐

Możliwy

☐

Prawdopodobnie brak związku

☐

Brak związku

☐

Nieemożliwy do oceny

Działania podjęte w stosunku do leku, odpowiednio:

☐

Dawka zmniejszona

☐

Dawka zwiększona

☐

Odstawiony na stałe

☐

Czasowo odstawiony (data: _____)

☐

Dawka niezmieniona

☐

Nie wiadomo

Czy zdarzenie niepożądane ustąpiło po odstawieniu leku/leków

- ☐ Tak
- ☐ Nie
- ☐ Nie wiadomo
- ☐ Nie dotyczy

Część IV. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ Jest możliwość zgłoszenia anonimowego, wówczas prosimy nie wypełniać konkretnych pól.

Imię i nazwisko:

Kto zgłasza zdarzenie niepożądane

- ☐ Lekarz
- ☐ Fizjoterapeuta
- ☐ Pielęgniarka
- ☐ Pacjent
- ☐ Opiekun/rodzina Pacjenta
- ☐ Świadek zdarzenia

Nr telefonu zgłaszającego (nieobowiązkowy)

Adres e-mail (nieobowiązkowy)

Wyrażam zgodę na kontakt w sprawie zgłoszenia:

- ☐ Tak
- ☐ Nie

Informacje dodatkowe