

**ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO
PRZEZ PACJENTA, RODZINĘ PACJENTA / OSOBY BLISKIE PACJENTA
LUB OSOBY BĘDĄCE ŚWIADKIEM TAKIEGO ZDARZENIA
W SZPITALU „MIEDZIOWEGO CENTRUM ZDROWIA” S.A. w LUBINIE**

Droży Państwo,

zgłaszanie zdarzeń niepożądanych przez Pacjentów, rodzinę Pacjenta/osoby bliskie Pacjenta oraz przez świadków takich zdarzeń pozwala monitorować i podnosić poziom jakości opieki i bezpieczeństwa Pacjenta w Szpitalu „MIEDZIOWEGO CENTRUM ZDROWIA” S.A. w Lubinie. Zgłoszenia te są monitorowane i analizowane przez funkcjonujący w Spółce Zespół ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych w „MCZ” S.A.

Podanie danych w zgłoszeniu takich jak: imię, nazwisko, danych kontaktowych jest dobrowolne - **jeśli chcą Państwo przesłać Zgłoszenie w formie ANONIMOWEJ prosimy o nie uzupełnianie wymienionych danych.**

Czym są zdarzenia niepożądane? Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (*Dz. U. z 2023 r., poz. 1692 ze zm.*), przez zdarzenie niepożądane należy rozumieć 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 niepożądane zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym następstwem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

1. Oddział / jednostka, w którym zaistniało zdarzenie niepożądane
--

- ☐ Izba Przyjęć
- ☐ Oddział Onkologiczny (Chemioterapii)
- ☐ Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii
- ☐ Oddział Otolaryngologiczny
- ☐ Oddział Gastroenterologiczny
- ☐ Oddział Okulistyczny
- ☐ Oddział Intensywnej Terapii (i Anestezjologii)
- ☐ Oddział Kardiologiczny
- ☐ Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
- ☐ Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
- ☐ Zakład Radiologii Zabiegowej
- ☐ Bloki Operacyjne
- ☐ Pracownia Badań Endoskopowych i Obrazowych
- ☐ Inna jednostka/komórka organizacyjna Szpitala _____

2. Data zaistniałego zdarzenia niepożądanego

.....

3. Wiek Pacjenta

- ☐ <18 lat
- ☐ 18-39 lat
- ☐ 40-59 lat
- ☐ 60-79 lat
- ☐ ≥ 80 lat

4. Płeć Pacjenta

- ☐ kobieta
- ☐ mężczyzna

**5. Imię i nazwisko Pacjenta (odpowiedź nie jest wymagana –
jeśli chce Pani/Pan zgłosić zdarzenie anonimowo prosimy nie podawać danych)**

6. Rodzaj zaistniałego zdarzenia niepożądanego

- ☐ **1. Zdarzenia z zakresu prowadzonej działalności klinicznej:**
 - ☐ okołozabiegowe /okołoproceduralne
 - ☐ zakażenie wewnątrzszpitalne
 - ☐ uraz podczas hospitalizacji
 - ☐ inne _____
- ☐ **2. Zdarzenia z zakresu farmakoterapii**
- ☐ **3. Zdarzenia z zakresu przetaczania krwi i jej składników**
- ☐ **4. Zdarzenia z zakresu wadliwego sprzętu medycznego, wyposażenia**
- ☐ **5. Zdarzenia w aspekcie błędnego zarządzania zasobami ludzkimi**
- ☐ **6. Zdarzenia z zakresu błędu komunikacji (np. samowolne oddalenie się Pacjenta ze szpitala)**
- ☐ **7. Inne zdarzenie niepożądane** _____

**7. Szczegółowy opis zaistniałego zdarzenia niepożądanego
(przebieg, czynniki wpływające na zajście zdarzenia, skutki dla Pacjenta) –
informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym
do analizy zdarzenia niepożądanego**

**8. Czy został Pan/Pani poinformowany/-a o zajściu zdarzenia niepożądanego
przez personel medyczny?**

- ☐ TAK
- ☐ NIE
- ☐ nie dotyczy

**9. Czy informacja o zaistniałym zdarzeniu niepożądanym została zawarta
w Karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego Pacjenta?**

- ☐ TAK
- ☐ NIE
- ☐ nie dotyczy

10. Osoba zgłaszająca

- ☐ Pacjent
- ☐ rodzina/osoba bliska Pacjenta
- ☐ świadek zdarzenia niepożądanego

11. Dane kontaktowe osoby zgłaszającej
np.: e-mail, numer telefonu, adres korespondencyjny
(dane pozwolą na ewentualny kontakt w celu uszczegółowienia
zaistniałego zdarzenia niepożądanego)