

ZAŁĄCZNIK NR 1

do Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością
i Bezpieczeństwem Pacjentów

FORMULARZ ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO
CENTRUM MEDYCZNE JEDYNKA-SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Z SIEDZIBĄ
W GRUDZIĄDZU

Przed wypełnieniem wskazujemy, że:

1. Formularz zdarzenia niepożądanego jest ANONIMOWY.
2. Zgłaszane zdarzenia niepożądane są kluczowe dla monitorowania jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta w Centrum Medyczne Jedyńka-Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą Grudziądzu
3. Zgłoszenia są monitorowane i analizowane przez powołanych do tego pełnomocników ds. systemu zarządzania jakością

**Pełnomocnik ds. systemu zarządzania
jakością**
Centrum Medyczne Jedyńka Sp. z o.o.
ul. Klasztorna 9/11, 86-300 Grudziądz

Osoba zgłaszająca:

- Personel
- Pacjent
- Świadek zdarzenia niepożądanego
- inny

Data i godzina wystąpienia zdarzenia: _____

Miejsce wystąpienia zdarzenia

- Gabinet lekarski
- Gabinet zabiegowy
- Punkt szczepień
- Korytarz
- Łazienka
- Inne

Kategoria zdarzenia niepożądanego (lista poniżej):

- Zgon pacjenta
- Trwałe lub znaczne inwalidztwo
- Zdarzenia związane z leczeniem i opieką nad pacjentem
- Zdarzenie dotyczące farmakoterapii
- Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego/wyrobów medycznych/wyposażenia
- Zdarzenia dotyczące organizacji pracy

Opisz szczegółowo zdarzenie/jaki przebieg i skutki

(Informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia)