

## Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

### Dane osoby zgłaszającej:

Imię i Nazwisko .....

Kategoria osoby zgłaszającej (*należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii*)

- osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych lub osoba biorąca udział w udzieleniu świadczeń zdrowotnych (*stanowisko .....*)
- świadek zdarzenia niepożądanego
- pacjent
- rodzina pacjenta lub opiekun

### Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko .....

Płeć       Kobieta                       Mężczyzna

Nr PESEL .....

**Czas wystąpienie zdarzenia niepożądanego** (*należy podać rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)*)

.....

**Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu niepożądanym** (*należy podać rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)*)

.....

**Miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego** (*nazwa podmiotu leczniczego*)

.....

**Komórka organizacyjna podmiotu leczniczego**

.....

**Opis zdarzenia niepożądanego**

**Obszar działalności leczniczej, w którym wystąpiło zdarzenie niepożądane** *(należy zaznaczyć X przy wybranym obszarze)*

- urządzenia medyczne oraz wyposażenie
- organizacja pracy personelu medycznego
- leczenie pacjenta
- opieka nad pacjentem
- organizacja pracy

**Data zgłoszenia** .....