FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO DLA PACJENTÓW, RODZIN, OPIEKUNÓW PACJENTÓW, PRACOWNIKÓW SZPITALA RÓWNIEŻ ANONIMOWO

ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

Szanowni Państwo!

W trosce o bezpieczeństwo Pacjentów i poprawę jakości wykonywanych świadczeń i usług medycznych w naszym Szpitalu została wprowadzona procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Zdarzenia niepożądane mogą być zgłaszane, również anonimowo przez:

- pacjentów i ich rodziny, opiekunów,
- personel medyczny i niemedyczny Szpitala

Definicja zdarzenia niepożądanego zawarta w ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. (Dz.U. z 2023, poz.1692) o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta:

Zdarzenie niepożądane – to zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania bądź zaniechania udzielania 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 przedłużenie, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Zdarzenia niepożądane niedoszłe – sytuacje, która przez przypadek lub dzięki podjętemu na czas działaniu zakończyły się pomyślnie – nie wystąpiła szkoda u pacjenta.

Zdarzenia niepożądane można zgłosić drogą elektroniczną przez wypełnienie formularza, który znajduje się na stronie internetowej Szpitala, adres: **www.szpitaljp2.zam.pl** w zakładce - pacjenci i odwiedzający - zdarzenia niepożądane lub porać formularz i wypełnić a następnie przesłać e-mail na adres: **szpital@szpital.zam.pl** lub pocztą na adres: **Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II, ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22- 400 Zamość** z dopiskiem **„Zdarzenie Niepożądane".**

POBIERZ FORMULARZ

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego:

Zgłaszający:

Wybierz:

- Personel medyczny
- Personel niemedyczny
- Pacjent
- Rodzina, opiekun pacjenta

Dane osoby zgłaszającej:

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO DLA PACJENTÓW, RODZIN, OPIEKUNÓW PACJENTÓW, PRACOWNIKÓW SZPITALA RÓWNIEŻ ANONIMOWO

imię, nazwisko, dane do kontaktu – jest dobrowolne - **jeśli chcą Państwo przesłać zgłoszenie w formie ANONIMOWEJ, prosimy nie uzupełniać wymienionych danych.**

Data wystąpienia zdarzenia:

Data: .....

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

Wpisać .....
.....

Rodzaj zdarzenia niepożądanego:

Wybierz:

- ○ uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego lub procedury medycznej,
- ○ niewłaściwa identyfikacja pacjenta,
- ○ mylna identyfikacja miejsca operowanego,
- ○ ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
- ○ błędna diagnoza,
- ○ mylna identyfikacja procedury,
- ○ wynaczynienie leków, kontrastów,
- ○ niewłaściwe przygotowanie pacjenta do badań,
- ○ powtórne wykonanie badania,
- ○ błędna identyfikacja miejsca wykonania badania diagnostycznego,
- ○ niezastosowanie środków ochrony osobistej,
- ○ próba samobójcza,
- ○ zatory płucne bądź zakrzepice żył głębokich po zabiegach operacyjnych,
- ○ usunięcie przez pacjenta wkłuć centralnych, obwodowych, rurek tracheotomijnych, itp.,
- ○ uszkodzenie ciała spowodowane upadkiem przedmiotu,
- ○ poparzenie pacjenta,
- ○ upadek pacjenta,
- ○ niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania),
- ○ działania niepożądane leków,
- ○ powikłania związane z przetoczeniem krwi i jej składników,
- ○ odleżyny powstałe w Szpitalu,
- ○ zgon,
- ○ agresywne zachowanie pacjenta wobec personelu,
- ○ agresywne zachowanie pacjenta wobec innych pacjentów,
- ○ awarie sprzętu i aparatury,
- ○ kradzież,
- ○ samowolne opuszczenie Szpitala,
- ○ nieterminowe dostarczenie opieki,
- ○ niedostateczna obsada w czasie dyżuru,
- ○ reoperacja,
- ○ nieplanowa powtórna hospitalizacja,
- ○ przedłużona hospitalizacja
- ○ inne, uznane za zdarzenia niepożądane zaistniałe bądź niedoszłe:.....
  .....
  .....

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO DLA PACJENTÓW, RODZIN, OPIEKUNÓW PACJENTÓW, PRACOWNIKÓW SZPITALA RÓWNIEŻ ANONIMOWO

Opis zaistniałego zdarzenia:

Otrzymywane zgłoszenia na bieżąco są monitorowane i analizowane przez dedykowany do tego celu Zespół.

Wszelkie podane w zgłoszeniu informacje są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia niepożądanego.

Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych ma na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów poprzez wdrażanie rozwiązań zapobiegających ponownemu wystąpieniu podobnych zdarzeń niepożądanych. Nie służy do identyfikacji i penalizacji osób, które zgłaszają zdarzenia.

W przypadku chęci uzyskania informacji na temat analizy zgłoszonego zdarzenia niepożądanego prosimy o podanie adresu zwrotnego.

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu dokonania zgłoszenia zdarzenia niepożądanego oraz uzyskania informacji o jego realizacji. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie internetowej Szpitala pod adresem https://szpitaljp2.zam.pl/ w zakładce „Pacjenci i odwiedzający", sekcja „Klauzule Informacyjne".

„WYŚLIJ"