

FORMULARZ ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO	
Data i miejsce zgłoszenia:	
Forma zgłoszenia <input type="checkbox"/> OSOBISTE PISEMNE <input type="checkbox"/> SPOTKANIE BEZPOŚREDNIE <input type="checkbox"/> ROZMOWA TELEFONICZNA	
INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁSZAJĄCEGO	
Imię i nazwisko (pole nieobowiązkowe, można wpisać inicjały)	
Dane kontaktowe: (adres/ telefon) (pole obowiązkowe, w przypadku potrzeby przekazania informacji zwrotnej i podjętych działań,)	
Adres e-mail: (pole obowiązkowe, w przypadku potrzeby przekazania informacji zwrotnej i podjętych działań,)	
PROSZĘ O UTAJNIENIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
ZGŁOSZENIE ANONIMOWE (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
STATUS ZGŁASZAJĄCEGO (zaznacz właściwe)	<input type="checkbox"/> pracownik Pallmed sp. z o.o. <input type="checkbox"/> współpracownik (inna forma zatrudnienia, np. zlecenie, kontrakt itp.) <input type="checkbox"/> Pacjent/ rodzina Pacjenta/ Osoba Bliska <input type="checkbox"/> osoby trzecie/ świadkowie zdarzenia <input type="checkbox"/> inny (jaki?)

FORMULARZ
ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁASZANEGO ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

MIEJSCE ZDARZENIA
KOMÓRKA
ORGANIZACYJNA
(zaznacz właściwe)

- Hospicjum Stacjonarne Dom Sue Ryder w Bydgoszczy
- Zakład Opieki Leczniczej w Żninie
- Hospicjum Domowe dla Dorosłych (jakie województwo?)
- Hospicjum Domowe dla Dzieci (jakie województwo?)
- Poradnia Żywienia Dojelitowego (jakie województwo?)
- Domowe Leczenie Respiratorem (jakie województwo?)
- Poradnia Psychogeriatryczna
- Oddział Dzienny Psychiatryczny Geriatryczny
- Leczenie Środowiskowe Psychogeriatryczne
- inny (jaki?)

Data lub przybliżona data wystąpienia zdarzenia niepożądanego

Świadkowie zdarzenia niepożądanego:
(status świadka zdarzenia, ew. imię, nazwisko,)

Dane osoby (osób), której zdarzenie niepożądane dotyczy
(imię, nazwisko pacjenta)

KATEGORIA
ZDARZENIA
(zaznacz właściwe)

- zdarzenie związane ze sprzętem medycznym, wyposażeniem
- zdarzenie związane z organizacją pracy personelu medycznego
- Zdarzenia związane z leczeniem i farmakologią
- Zdarzenia związane z opieką nad pacjentem
- Zdarzenia związane ze zdarzeniami niepodziewanymi
- Zdarzenia związane z respektowaniem praw pacjenta
- Zdarzenia dotyczące organizacji pracy i zarządzania
- inne (jakie?)

FORMULARZ
ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Opis zdarzenia niepożądanego

(prosimy o szczegółowy opis sytuacji i okoliczności zajścia zdarzenia)

Skutki zdarzenia niepożądanego -> rzeczywiste i potencjalne

(prosimy o wskazanie skutków spowodowanych lub które mogą zostać spowodowane zaistnieniem zgłaszanych nieprawidłowości – o ile są znane, wskaż ewentualne ryzyka)