**Formularz zdarzenia niepożądanego**

 Początek formularza

Podmiot zdarzenia (W przypadku wybrania opcji INNI wypełnij pole INNI OPIS)

* Pacjent
* Personel
* Opiekun pacjenta
* Inni – opis……………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Stan Pacjenta

* Ryzyko upadków
* Ból (punkty)
* Skala Katza (punkty)
* Percepcja zaleceń**\***
  + Prawidłowa
  + Ograniczona
  + Niemożliwa
* Zachowanie się Pacjenta**\***
  + Agresywny
  + Bierny
  + Współpracujący

**TYP ZDARZENIA**

**Zdarzenie niepożądane**

1. Działalność kliniczna
   * Mylna identyfikacja pacjenta
   * Mylna identyfikacja procedury
   * Uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu
   * Nieterminowe dostarczenie opieki
2. Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy
   * Brak dostępności sprzętu
   * Niewłaściwa identyfikacja pacjenta
   * Awarie sprzętu
   * Awarie systemu
3. Farmakoterapia
   * Nie ten lek
   * Niewłaściwa dawka
   * Niewłaściwy pacjent
   * Niewłaściwy czas podania leku
   * Niewłaściwa droga podania leku
   * Podanie leku po terminie jego ważności
   * Niewłaściwy rozpuszczalnik
4. Inne
   * Odleżyny powstałe w czasie opieki
   * Upadki w czasie opieki
   * Samobójstwo
   * Próba samobójcza w czasie opieki
   * Inne - dodatkowy opis ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Niedoszłe zdarzenie niepożądane**

1. Działalność kliniczna
   * Początkowo mylna identyfikacja procedury
   * Zweryfikowana błędna diagnoza
   * Uniknięcie uszkodzenia ciała w wyniku zabiegu
   * Początkowo mylna identyfikacja pacjenta
2. Zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego, wyposażenia, organizacji pracy
   * Zdarzenie niedoszłe związane z brakiem dostępności sprzętu
   * Zweryfikowana niewłaściwa identyfikacja pacjenta
   * Zdarzenie niedoszłe związane z awarią sprzętu
3. Farmakoterapia
   * Uniknięto podania niewłaściwego leku
   * Uniknięto podania niewłaściwej dawki leku
   * Uniknięto podania leku niewłaściwemu pacjentowi
   * Uniknięto podania leku w niewłaściwym czasie
   * Uniknięto podania leku niewłaściwą drogą podania
   * Uniknięto podania leku po upływie terminu ważności
   * Uniknięto podania leku z zastosowaniem niewłaściwego rozpuszczalnika
4. Inne zdarzenia niedoszłe dotyczące
   * Upadku
   * Próby samobójczej
   * Samobójstwa
   * Inne - dodatkowy opis ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dane pacjenta

1. Płeć
   * Kobieta
   * Mężcyzna
   * Inne
2. Wiek
3. Nr Ks. Głównej:

Czas wystąpienia zdarzenia

Data wystąpienia zdarzenia...

Czas wystąpienia zdarzenia - godzina

Miejsce zdarzenia

Miejsce zdarzenia:

* Siedziba spółki
* Komórka, która – opis ………………………………………………………………………………………………………..
* Dom Pacjenta
* Gabinet zabiegowy
* Inne - opis miejsca zdarzenia ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czynniki wpływające na przebieg zdarzenia

1. Przyczyny ze strony środowiska
   * Śliskie podłogi, progi, ubytki w podłodze
   * Złe oświetlenie
   * Brak dodatkowych uchwytów, brak innych udogodnień (np. balkoniki)
   * Za niskie lub za wysokie łóżka, krzesła, blaty, umywalki
   * Przestarzały sprzęt, brak przeglądów aparatury medycznej, brak kontroli urządzeń, awaria sprzętu
   * Niejednoznaczne oznaczenie leku
   * Awaria aparatury, urządzenia
   * Braki w wyposażeniu
   * Wady materiałowe
   * Organizacyjne
   * Inne - dodatkowy opis ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Przyczyny ze strony pacjenta
   * Niewłaściwa percepcja zaleceń
   * Zdarzenie losowe
   * Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta
   * Niestosowanie się pacjenta do zaleceń
   * Niewłaściwe obuwie
   * Związane z jednostką chorobową
   * Brak opieki rodziny
   * Inne - dodatkowy opis ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Przyczyny ze strony personelu
   * Niezachowanie procedury (obsługa pacjenta, planowanie opieki, identyfikacja pacjenta)
   * Nieprawidłowe przygotowanie pacjenta
   * Brak przepływu informacji w zespole terapeutycznym
   * Brak komunikacji pacjent – personel
   * Brak nadzoru
   * Zaniedbanie personelu
   * Nieuwaga, brak koncentracji, stopień natężenia pracy
   * Błąd, pomyłka, niekompetentne decyzje
   * Zdarzenie losowe
   * Zła organizacja pracy
   * Przeciążenie pracą
   * Inne - dodatkowy opis ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czynności ograniczające ryzyko ponownego powstania zdarzenia niepożądanego

**1 - Podjęte w stosunku do Pacjenta**

Przed zdarzeniem

1. Oceniono poziom ryzyka zagrożenia upadkiem
   * Tak
   * Nie
2. Pouczono o zasadach ograniczających ryzyko upadku
   * Tak

* Nie
* Inne (jakie?)

Po zdarzeniu

1. Edukacja o profilaktyce upadków

* Tak
* Nie

1. Ćwiczenia wzmacniające, trening równowagi, trening postawy, trening koncentracji

* Tak
* Nie

**2 - Podjęte w stosunku do Personelu**

Przed zdarzeniem

1. Zapoznano z obowiązującymi procedurami

* Tak
* Nie
* Inne (jakie?)

Po zdarzeniu

1. Zapoznano z obowiązującymi procedurami

* Tak
* Nie
* Inne (jakie?)

**3 - Podjęte w stosunku do organizacji pracy**

Przed zdarzeniem

1. Realizowano kontrole związane z przebiegiem procesu

* Tak
* Nie
* Inne (jakie?)

Po zdarzeniu

1. Weryfikacja przebiegu procesu

* Tak
* Nie
* Zaproponowane zmiany

1. Skutek

* Przymusowa hospitalizacja
* Zgon
* Inne - dodatkowy opis