**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