



FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

1. Dane zgłaszającego (imię ,nazwisko, telefon kontaktowy) – pole nieobowiązkowe

2. Dane Pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta (pole nieobowiązkowe, można podać inicjały)

Płeć

☐

Kobieta

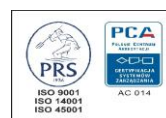
☐

Mężczyzna

Wiek

3. Czas wystąpienia zdarzenia (dzień, miesiąc, rok)

Godzina



4. Miejsce wystąpienia zdarzenia (nazwa oddziału, poradni, pracowni)

5. Osoba zgłaszająca (proszę zaznaczyć):

☐

uczestnik zdarzenia

☐

obserwator zdarzenia

☐

pacjent

☐

rodzina pacjenta

☐

inna osoba

6. Opis zdarzenia niepożądanego (proszę opisać co się wydarzyło. Uwzględnić daty, okoliczności, uczestników i skutki, jeśli wystąpiły.)