



Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej
Ruchowo „Tęcza” w Szczecinie, ul. Ks. Piotra Wawrzyniaka 7a,
70-392 Szczecin, tel. 091- 307 06 46, e-mail: rejestracja@teczka.org.pl

**CENTRUM TERAPEUTYCZNE
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ "TĘCZA"**
Regon 81067410200020, Nr księgi rejestrowej 000000020137
V cz.kod.resort. 01, VII cz.kod.resort. 011 , VIII cz.kod.resort 2301
Nr umowy z NFZ: 16-00-02996

Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego

.....
Imię, nazwisko pacjenta, wiek w miesiącach

.....
Data zdarzenia (dzień, miesiąc, rok, godzina)

.....
Osoba dokonująca zgłoszenia*:

*właściwe zaznaczyć

Miejsce zdarzenia

rodzina pacjenta, osoba bliska

świadek zdarzenia

pracownik centrum

.....
dane kontaktowe osoby zgłaszającej (podanie tych danych jest dobrowolne; w przypadku podania danych będą one poufne i dostępne jedynie osobom analizującym zgłoszenie)

KATEGORIA ZDARZENIA:

ZGON PACJENTA

TRWAŁE LUB ZNACZNE INWALIDZTWO

ZDARZENIE ZWIĄZANE Z LECZENIEM

ZDARZENIE ZWIĄZANE ZA SPRZĘTEM/WYPOSAŻENIEM

ZDARZENIA ZWIĄZANE Z ORGANIZACJĄ PRACY:

NIEWŁAŚCIWA IDENTYFIKACJA PACJENTA

NIETERMINOWE DOSTARCZENIE USŁUGI

NIEPRAWIDŁOWA KOMUNIKACJA

NIETERMINOWE DOSTARCZENIE USŁUGI

INNE (JAKIE?)

WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM W CENTRUM TERAPEUTYCZNYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ „TĘCZA”

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością w Ochronie Zdrowia i Bezpieczeństwa Pacjenta w formie elektronicznej lub jakiegokolwiek innej bez zgody autora zabronione.



Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży Niepełnosprawnej
Ruchowo „Tęcza” w Szczecinie, ul. Ks. Piotra Wawrzyniaka 7a,
70-392 Szczecin, tel. 091- 307 06 46, e-mail: rejestracja@teczka.org.pl

**CENTRUM TERAPEUTYCZNE
DLA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ "TĘCZA"**
Regon 81067410200020, Nr księgi rejestrowej 000000020137
V cz.kod.resort. 01, VII cz.kod.resort. 011 , VIII cz.kod.resort 2301
Nr umowy z NFZ: 16-00-02996

Zgodnie z definicją określoną w Ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023 poz.1692), przez zdarzenie niepożądane należy rozumieć zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia 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 przedłużenia, a także uszkodzenie ciała.

SZCZEGÓŁOWY OPIS ZDARZENIA (OKOLICZNOŚCI, PRZEBIEG CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA JEGO ZAJŚCIE, DANE OSÓB ZE STRONY OŚRODKA REHABILITACJI, KTÓRE BRAŁY UDZIAŁ W ZDARZENIU, ŚWIADKOWIE ZDARZENIA)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SKUTEK/ SKUTKI DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO

.....
.....
.....

Data i podpis osoby zgłaszającej, jeżeli zgłoszenie nie jest anonimowe.....

WYPEŁNIA PODMIOT LECZNICZY

DATA WPŁYNIĘCIA INFORMACJI O ZDARZENIU NIEPOŻĄDANYM.....

NUMER Z REJESTRU ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH.....

PODJĘTE DZIAŁANIA I REZULTAT ANALIZY ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

.....
.....

Data i podpis Kierownika Centrum.....

WEWNĘTRZNY SYSTEM ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ I BEZPIECZEŃSTWEM W CENTRUM TERAPEUTYCZNYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY NIEPEŁNOSPRAWNEJ „TĘCZA”

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością w Ochronie Zdrowia i Bezpieczeństwa Pacjenta w formie elektronicznej lub jakiegokolwiek innej bez zgody autora zabronione.