



KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

DSZ-IV-04/7
Załącznik nr 2
Wyd. 3 z dnia 03.09.2025 r.

Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

Dane pacjenta: Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

Nr. księgi głównej/historia choroby (jeśli wypełnia personel med.)

Płeć:

Kobieta

☐

Mężczyzna

☐

Wiek:

Czas wystąpienie zdarzenia (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

i/lub

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Miejsce wystąpienia zdarzenia: Nazwa placówki

Komórka organizacyjna (jeśli dotyczy)

Świadkowie zdarzenia

Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądanego:

- Spostrzeżenie personelu

☐

- Spostrzeżenia pacjenta

☐

- Spostrzeżenia osoby trzeciej

☐

- Informacja/skarga/roszczenie

☐

- Przegląd dokumentacji medycznej

☐

- Inne (jakie?)



KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

DSZ-IV-04/7
Załącznik nr 2
Wyd. 3 z dnia 03.09.2025 r.

Opis zdarzenia niepożądanego: *(pole opisowe)*

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki: *(pole opisowe)*

Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze): *(pole opisowe)*

Sytuacja grożąca wypadkiem (zdarzenie niedoszło) *(do wyboru)*: TAK ☐

NIE ☐

Kategoria zdarzenia niepożądanego: *(wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie)*

- ☐ Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego
- ☐ Dotyczących sprzętu medycznego i wyposażenia
- ☐ Związanych z leczeniem i farmakologią
- ☐ Związanych z opieką nad pacjentem
- ☐ Związanych z terapią żywieniową
- ☐ Związanych z przetaczaniem krwi i jej składników
- ☐ Pozostałe

Podkategoria zdarzenia niepożądanego *(należy podać numer zdarzenia np. 1b):*

1. Dotyczących sprzętu medycznego i wyposażenia:

- a. brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- b. brak wyposażenia,
- c. awaria sprzętu,
- d. nieczytelny panel aparatu,
- e. uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,



KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

DSZ-IV-04/7
Załącznik nr 2
Wyd. 3 z dnia 03.09.2025 r.

- f. zdarzenie związane z brakiem prądu, wody itp.,
- g. inne.

2. Dotyczących organizacji pracy personelu medycznego:

- a. niewłaściwa klasyfikacja do zabiegu,
- b. mylna identyfikacja pacjenta,
- c. mylna identyfikacja miejsca operowanego,
- d. ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
- e. błędna diagnoza,
- f. uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego,
- g. brak nadzoru nad pacjentem,
- h. niewykrucie wystąpienie żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej przed przystąpieniem do zabiegów, procedur/ zlecenie niewłaściwej profilaktyki,
- i. opóźnienie działań terapeutycznych,
- j. embolia płucna po zabiegu operacyjnym,
- k. niewłaściwe zastosowanie urządzenia (cewnika, drenu, respiratora itp.)
- l. inne.

3. Związanych z leczeniem i farmakologią:

- a. błędną diagnozę z uwagi na:
 - mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
 - mylny opis badań radiologicznych,
 - mylny opis badania histopatologicznego,
- b. wynacznienia leków,
- c. pomyłka w podaniu leku, w tym:
 - podanie niewłaściwego leku,
 - błędne ustalenie dawki leku,
 - błędną identyfikację pacjenta,
 - niewłaściwy czas podania leku,
 - nieprawidłowa drogę podania leku,
 - nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik)
 - zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- d. inne.

4. Związanych z opieką nad pacjentem:

- a) mylna identyfikacja procedury,
- b) niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- c) odleżyny powstałe w szpitalu,
- d) odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego,
- e) niedostateczne obsady dyżurowe,
- f) dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień,
- g) inne.

5. Związanych z przytaczaniem krwi i jej składników:

- a. niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem,
- b. podanie niewłaściwej jednostki,
- c. inne działania związane z przetoczeniem krwi i jej składników,
- d. niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia,
- e. inne.

6. Związanych z terapią żywieniową:

- a. niewłaściwe zastosowanie urządzenia,
- b. nieprawidłowa szybkości podawania żywienia,



KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

DSZ-IV-04/7
Załącznik nr 2
Wyd. 3 z dnia 03.09.2025 r.

- c. zdarzenia związane z założeniem i utrzymaniem zgłębnika,
- d. inne.

7. Pozostałe:

- a. przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,
- b. udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- c. niestosowanie się do obowiązujących procedur i instrukcji obowiązujących w placówce
- d. próba samobójcza,
- e. samobójstwo,
- f. upadek pacjenta w placówce,
- g. samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala,
- h. uszkodzenie ciała pacjenta wobec którego zastosowano przymus bezpośredni,
- i. reoperacje *(gdy przyczyną reoperacji jest przewidywane powikłanie, na ryzyko którego pacjent wyraził świadomą zgodę, zabieg ten nie jest zdarzeniem niepożądanym)*,
- j. Inne.

Informacje o osobie zgłaszającej:

Imię i nazwisko

Stanowisko *(jeśli dotyczy)* lub pokrewieństwo w stosunku do pacjenta

Nazwa placówki *(jeśli dotyczy)*

Komórka organizacyjna *(jeśli dotyczy)*

Uwaga: Wszystkie dane dotyczące zgłaszającego i pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie oraz lokalizacja zdarzenia i czas jego wystąpienia zostają zanonimizowane niezwłocznie po przeprowadzeniu analizy zdarzenia.

Data zgłoszenia