
	Formularz	F-ZN-1 / B08
	Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego	Wydanie 1 z dnia 27.10.2025 r.
		Strona 1 z 4

Rodzaj zdarzenia niepożądanego, które osiągnęło pacjenta i spowodowało / nie spowodowało szkodę:	Rodzaj zdarzenia niedoszedłego:
<input type="checkbox"/> Błędne podanie lub przepisanie leków (lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania) <input type="checkbox"/> Uszkodzenie ciała na skutek niewłaściwego wykonania procedury medycznej (np. podania leku, szczepionki, płukania ucha, zdjęcie szwów) <input type="checkbox"/> Pomylenie wyników badań pacjentów <input type="checkbox"/> Niewłaściwe połączenie leku z innym lekiem <input type="checkbox"/> Nieprawidłowo przygotowany pacjent do badań <input type="checkbox"/> Błędy związane z diagnozą <input type="checkbox"/> Mało prawdopodobny wynik badań laboratoryjnych lub diagnostycznych <ol style="list-style-type: none"> 1. niewłaściwe pobranie, przechowywanie i transport próbek z materiałem 2. opóźnienie dostarczenia próby 3. nieprawidłowe opisanie próby/lub skierowania <input type="checkbox"/> Nieterminowe dostarczenie opieki <input type="checkbox"/> Zbyt późne wystawienie skierowania do szpitala <input type="checkbox"/> Nieprawidłowa informacja przekazana pacjentowi (np. o przygotowaniu do badania, terminie wizyty, postępowaniu w przypadku choroby zakaźnej) <input type="checkbox"/> Niekorzystne następstwa użycia sprzętu medycznego <input type="checkbox"/> Upadek/urazy pacjenta <input type="checkbox"/> Autoagresja <input type="checkbox"/> Agresja pacjent/pacjent <input type="checkbox"/> Agresja pracownik/ pacjent <input type="checkbox"/> Samobójstwo/próba samobójcza pacjenta <input type="checkbox"/> Zadławienia/zakrzuszenia	<input type="checkbox"/> Uniknięto błędnego podania leków <input type="checkbox"/> Uniknięto niewłaściwego wykonania procedury medycznej <input type="checkbox"/> Uniknięto pomylenia wyników badań pacjentów <input type="checkbox"/> Uniknięto niewłaściwe połączenia leku z innym lekiem <input type="checkbox"/> Uniknięto nieprawidłowości w przygotowaniu pacjent do badań <input type="checkbox"/> Uniknięto błędu związanego z diagnozą <input type="checkbox"/> Uniknięto działań wpływających na wynik badań <ol style="list-style-type: none"> 1. niewłaściwe przechowywanie i transport próbek z materiałem 2. opóźnienie dostarczenia próby 3. nieprawidłowe opisanie próby/lub skierowania <input type="checkbox"/> Uniknięto nieterminowego dostarczenie opieki <input type="checkbox"/> Uniknięto opóźnienia w wystawieniu skierowania do szpitala <input type="checkbox"/> Uniknięto niekorzystnego następstwa użycia sprzętu medycznego <input type="checkbox"/> Uniknięto upadku/urazu pacjenta <input type="checkbox"/> Zapobieżono autoagresji <input type="checkbox"/> Zapobieżono agresji pacjent/pacjent <input type="checkbox"/> Zapobieżono agresji pracownik/ pacjent <input type="checkbox"/> Zapobieżono samobójstwu/próbie samobójczej pacjenta <input type="checkbox"/> Zapobieżono zadławieniu/zakrzuszeniu <input type="checkbox"/> Zapobieżono połknięciu obcego ciała <input type="checkbox"/> Inne

	Formularz	F-ZN-1 / B08
	Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego	Wydanie 1 z dnia 27.10.2025 r.
		Strona 2 z 4

<input type="checkbox"/> Połyki (połknięcie obcego ciała) <input type="checkbox"/> Inne	
--	--

Dane pacjenta (imię i nazwisko)

Dane osoby zgłaszającej (imię i nazwisko) jeśli zgłoszenie nie jest anonimowe.....

Data zdarzenia **Godz.** **Miejsce**

Opis zdarzenia (okoliczności i przebieg)

.....

.....

.....

.....

Prawdopodobna przyczyna zdarzenia niepożądanego

.....

.....



Formularz

F-ZN-1 / B08

Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Wydanie 1
z dnia 27.10.2025 r.

Strona 3 z 4

Podjęte działania natychmiastowe (korekcyjne)

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

Świadkowie zdarzenia:

1.
2.


Nowy Dwór Mazowiecki,
(data)

.....
(podpis osoby zgłaszającej)

! Poniższe dotyczy tylko personelu Przychodni:

Propozycje działań naprawczych:

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

	Formularz	F-ZN-1 / B08
	Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego	Wydanie 1 z dnia 27.10.2025 r.
		Strona 4 z 4

Potwierdzenie wdrożenia działań:

.....

.....

.....

.....

.....
 Data i podpis osoby odpowiedzialnej za obszar, w którym doszło do zdarzenia