



| | | | | |
|---|----------------|--|------------|--------------|
|  | PSZJ – 3/PR-1 | PROCEDURA ZARZĄDZANIA ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI | | |
| | F2/PSZJ-3/PR-1 | KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO | | |
| | Obowiązuje od: | 01.07.2024 | Wydanie: 1 | Strona 1 z 2 |

| INFORMACJE | |
|---|--|
| <p>CO TO JEST ZDARZENIE NIEPOŻĄDANE? Jest to zdarzenie w przebiegu udzielania pomocy medycznej, wywołujące lub mogące wywołać negatywne skutki u pacjenta, nie związane z naturalnym przebiegiem choroby. Zdarzenia niepożądane to zdarzenia zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielania bądź zaniechania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej Nie stanowi zdarzenia niepożądane zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.</p> <p>CZEMU SŁUŻY ZGŁASZANIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH? Analiza zgłoszonych zdarzeń niepożądanych pozwoli ustalić, co się wydarzyło i jaka była tego przyczyna, aby skutecznie zapobiegać podobnym przypadkom w przyszłości. Zarządzanie zdarzeniami niepożądany nie ma na celu szukania winnych i ich karania, lecz podjęcie działań naprawczych i ocenę ich skuteczności.</p> <p>CZY ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO WIĄŻE SIĘ Z UJAWNieniem SWOICH DANYCH OSOBOWYCH? Osoba zgłaszająca zdarzenie niepożądane może, ale nie musi podawać swoich danych. Dane osobowe zgłaszającego są objęte tajemnicą i chronione zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Dostęp do tych danych będzie mieć jedynie upoważniony zespół analizujący zdarzenie.</p> <p>JAKIE DZIAŁANIA W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZENIEM PODEJMIE MIEJSKA STACJA POGOTOWIA RATUNKOWEGO Z PRZYCHODNIĄ W SOPOCIE? Każde zgłoszenie zostanie zarejestrowane, a następnie przeanalizowane i w zależności od rodzaju zdarzenia zostaną podjęte adekwatne działania.</p> <p>CZY ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO JEST RÓWNOZNACZNE ZE ZŁOŻENIEM SKARGI? Nie. System zarządzania zdarzeniami niepożądany jest niezależny i odseparowany od rozpatrywania skarg i zażaleń, jak również od systemu odpowiedzialności karnej i zawodowej, ponieważ nie ma na celu szukania winnych i ich karania, lecz analizę zdarzenia, podjęcie działań naprawczych i ocenę ich skuteczności</p> | |
| <p>Zgłoszenie dotyczy:</p> <p><input type="checkbox"/> Ratownictwa medycznego <input type="checkbox"/> Przychodni <input type="checkbox"/> Administracji <input type="checkbox"/> Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej</p> <p><i>UWAGA – procedura zgłaszania zdarzenia niepożądane nie obejmuje procesu przyjmowania zgłoszenia alarmowego przez dyspozytora medycznego, ponieważ dyspozytornia medyczna nie jest komórką Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie</i></p> | |
| <p>2. Osoba zgłaszająca:</p> <p><input type="checkbox"/> Pacjent <input type="checkbox"/> Osoba bliska pacjenta, świadek zdarzenia</p> | |

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Data i godzina zdarzenia | |
| 2 | Miejsce zdarzenia <i>Prosimy o opisanie miejsca zdarzenia w sposób, który umożliwi nam zidentyfikowanie, jakiej sytuacji zgłoszenie dotyczy. Jest to niezbędne, by móc dokonać analizy zdarzenia.</i> <i>Informacje te są poufne i będą</i> | |

| | | | | |
|---|----------------|--|------------|--------------|
|  | PSZJ – 3/PR-1 | PROCEDURA ZARZĄDZANIA ZDARZENIAMI NIEPOŻĄDANYMI | | |
| | F2/PSZJ-3/PR-1 | KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO | | |
| | Obowiązuje od: | 01.07.2024 | Wydanie: 1 | Strona 2 z 2 |

| | | |
|---|--|--|
| | <i>dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia.</i> | |
| 3 | Kategoria zdarzenia niepożądanego: <input type="checkbox"/> Zdarzenie związane z postępowaniem z pacjentem <input type="checkbox"/> Zdarzenie dotyczące leków i ich podawania <input type="checkbox"/> Zdarzenie dotyczące sprzętu medycznego i/lub wyrobów medycznych <input type="checkbox"/> Zdarzenie dotyczące organizacji pracy i BHP | |
| 4 | Opis zdarzenia <i>Kto? Co? Jak? Jakie skutki?</i> <i>Prosimy opisać przebieg zdarzenia niepożądanego, również niedoszło (potencjalnego). Im dokładniejsze dane, tym wnikliwiej będziemy mogli je rozpatrzyć.</i> <i>Informacje te są poufne i będą dostępne jedynie osobom upoważnionym do analizy zdarzenia.</i> | |
| 5 | Dane kontaktowe (opcjonalnie) | |
| | Imię i Nazwisko | Numer telefonu i/lub adres e-mail |

| | |
|--|--|
| WYPEŁNIA ZESPÓŁ DS. BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA | |
| Data przyjęcia zgłoszenia | |
| Nadany numer | |