



ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE - zgłoszenie

Szanowni Państwo,

bezpieczeństwo oraz jakość świadczonych usług stanowią fundament procesu diagnostyczno-leczniczego pacjentów w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy. Jednakże w trakcie lub w efekcie udzielania/ zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, mogą wystąpić zdarzenia niepożądane powodujące/ mogące spowodować negatywne skutki dla zdrowia lub życia pacjenta. W związku z powyższym, jeśli podczas pobytu w naszej placówce zaobserwowaliście Państwo sytuację, która budzi niepokój, wydaje się nietypowa lub wpłynęła/ mogła wpłynąć negatywnie na proces diagnostyki i leczenia, prosimy o wypełnienie poniższego formularza.

Analiza zdarzeń niepożądanych (również niedoszczędnych) pozwoli nam ustalić ich przyczyny, wyciągać wnioski, poprawiać standardy opieki i zapobiegać podobnym sytuacjom w przyszłości. Zgłoszenie zdarzenia nie będzie służyło szukaniu winnych i ich ukaraniu.

Zdarzenie niepożądane można zgłosić **anonimowo** lub podając swoje dane osobowe, które podlegają ustawowej ochronie. Dostęp do nich będzie miał jedynie zespół analizujący dane zgłoszenie.

Pragnę również wskazać, że zgłoszenie zdarzenia niepożądanego nie jest równoznaczne ze złożeniem skargi/ wniosku (szczegółowe zasady opisano w zakładce ABC Pacjenta).

Dyrektor Szpitala

1. Zgłoszenie anonimowe

- Tak
- Nie

W przypadku odpowiedzi „Nie” proszę wskazać swoje:

- Imię i nazwisko:
- Adres e-mail:
- Telefon kontaktowy:

2. Osoba zgłaszająca:

- Pacjent
- Rodzina pacjenta/ osoba bliska
- Przedstawiciel ustawowy
- Inna osoba - świadek zdarzenia
- Pracownik szpitala

3. Płeć osoby, u której wystąpiło zdarzenie niepożądane:

- Kobieta
- Mężczyzna
- Odmawiam podania tej informacji

4. Zdarzenie dotyczyło:

- Osoby pełnoletniej
- Osoby niepełnoletniej
- Odmawiam podania tej informacji

5. Data i godzina wystąpienia zdarzenia:



6. Nazwa kliniki/ oddziału/ zakładu, w którym wystąpiło zdarzenie niepożądane:

.....

7. Opis zdarzenia – proszę wskazać m. in. na okoliczności wystąpienia zdarzenia, jego przyczyny, podjęte działania medyczne po zdarzeniu oraz wszystkie szczegóły, które pozwolą nam przeprowadzić szczegółową analizę zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękuję za zgłoszenie