Załącznik nr 3

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO**

**I. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ**

(Imię i nazwisko można podać opcjonalnie – zgłoszenie może być anonimowe)

* Imię i nazwisko zgłaszającego: ........................................................
* Status zgłaszającego:
☐ Pacjent
☐ Rodzina pacjenta
☐ Osoba odwiedzająca
☐ Inna (proszę podać): ........................................................
* Kontakt (telefon, e-mail - opcjonalnie): ........................................................

**II. DANE PACJENTA (jeśli dotyczy)**

* Imię i nazwisko pacjenta: ........................................................
* Oddział / miejsce pobytu pacjenta: ........................................................
* Data hospitalizacji (jeśli dotyczy): ........................................................

**III. OPIS ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO**

* Data i godzina zdarzenia: ........................................................
* Miejsce zdarzenia: ........................................................
* Opis zdarzenia (proszę podać jak najwięcej szczegółów, np. co się wydarzyło, kto był zaangażowany, jakie były konsekwencje zdarzenia):
.................................................................................................................
.................................................................................................................
.................................................................................................................
* Czy zdarzenie zostało wcześniej zgłoszone personelowi szpitala?
☐ Tak, komu: ........................................................
☐ Nie
* Czy podjęto działania zaradcze? Jeśli tak, jakie?
☐ Tak, jakie: ........................................................
☐ Nie

**IV. PROPOZYCJE POPRAWY / UWAGI**

(Proszę wpisać ewentualne sugestie dotyczące zapobiegania podobnym zdarzeniom w przyszłości) .................................................................................................................
.................................................................................................................
.................................................................................................................

**V. OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO**

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Data zgłoszenia: ..............................................

**VI. CZĘŚĆ DLA PERSONELU SZPITALA**

(Do wypełnienia przez osobę przyjmującą zgłoszenie)

* Osoba przyjmująca zgłoszenie: ........................................................
* Data i godzina przyjęcia zgłoszenia: ........................................................
* Dalsze kroki / podjęte działania:
.................................................................................................................
.................................................................................................................

**Dziękujemy za zgłoszenie**