

Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego**Data i czas wystąpienie zdarzenia:**

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

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

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

Godzina, minuta (HH:MM)

Data i czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu:

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

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

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

Godzina, minuta (HH:MM)

Miejsce wystąpienia zdarzenia:

--	--

Miejscowość

Ulica, nr mieszkania/domu

--

Opis miejsca wystąpienia zdarzenia

Opis zdarzenia niepożądanego i skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki:

--

Czy zostały podjęte działania naprawcze:

☐ Tak, opis podjętych działań:

☐ Nie, opis powodu braku podjęcia działań

☐ Nie wiem

Zgłaszający:

☐ Pracownik „MEDITRANS OSTROŁĘKA”

☐ Zleceniodawca

☐ Kierownik

☐ Pacjent

☐ Osoba bliska dla pacjenta

☐ Personel medyczny innego podmiotu leczniczego

☐ Osoba postronna będąca świadkiem zdarzenia

☐ Inny, opisać

☐ Zgłaszam anonimowo

☐ Chcę podać swoje imię i nazwisko