|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego**  | **Załącznik 1 b** |
| Strona 1 z 5 |
| **Hospicjum im. Lady Ryder of Warsaw, ul. Zyty 26, 65-046 Zielona Góra** |

**CZĘŚĆ A (wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane)**

**Dane pacjenta:** Imię i Nazwisko (pole nieobowiązkowe)

|  |
| --- |
|  |

 Wiek

**Czas wystąpienie zdarzenia** (jeśli znany)**:**

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

**Miejsce wystąpienia zdarzenia / świadkowie zdarzenia**

|  |
| --- |
|  |

**Opis zdarzenia niepożądanego:** *(pole opisowe)*

|  |
| --- |
|  |

**Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki:** *(pole opisowe)*

|  |
| --- |
|  |

**Niezwłocznie podjęte działania w stosunku do zdarzenia** *(pole opisowe)*

|  |
| --- |
|  |

**Dane osoby zgłaszające zgłaszającej:**

Imię i nazwisko / Stanowisko

|  |
| --- |
|  |

**Data zgłoszenia:**

**CZĘŚĆ B (wypełnia kierownik podmiotu lub osoba merytoryczna)**

*Wstępna ocena ryzyka, celem określenia potrzeby przeprowadzania analizy przyczyn źródłowych oraz sformułowania odpowiednich działań naprawczych.*

**Ocena stopnia ciężkości zdarzenia niepożądanego** (*do wyboru*)

* Bardzo ciężkie

* Ciężkie

* Umiarkowane

* Lekkie

**Tabela 1.** Stopnie ciężkości zdarzeń niepożądanych

|  |  |
| --- | --- |
| Stopień ciężkości zdarzenia | Opis |
| Bardzo ciężkie | 1. Zgon2. Znaczne i trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące utratą lub upośledzeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane ze schorzeniami stanowiącymi podstawę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stanem zdrowia pacjenta |
| Ciężkie | 1. Znaczne uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące czasowym ograniczeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta2. Przeniesienie na oddział intensywnej terapii, stacji dializ lub oddział albo salę intensywnego nadzoru3. Konieczność zastosowania interwencji chirurgicznej |
| Umiarkowane | 1. Przedłużony czas pobytu w podmiocie leczniczym 2. Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta skutkujące koniecznością przeniesienia na wyższy poziom opieki |
| Lekkie | Inne niż określone jako bardzo ciężkie, ciężkie i/lub umiarkowane, niepowodujące uszczerbku na zdrowiu. |

**Ocena stopnia prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia niepożądanego**

* Bardzo rzadkie

* Rzadkie

* Sporadyczne

* Częste

**Tabela 2.** Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia

|  |  |
| --- | --- |
| Stopień prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia | Opis |
| Bardzo rzadkie | Bardzo małe prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, rzadziej niż raz na dwa lata |
| Rzadkie | Możliwe, że zdarzenie wystąpi raz na dwa lata |
| Sporadyczne | Zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz lub dwa razy w roku |
| Częste | Zdarzenie prawdopodobnie wystąpi kilka razy w ciągu roku |

 Opracowanie na podstawie: *Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, 13.12.2022*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ciężkość zdarzenia |
| Bardzo ciężkie | Ciężkie | Umiarkowane | Lekkie |
| Prawdopodobieństwo | Częste | SAC 3 | SAC 3 | SAC 2 | SAC 1 |
| Sporadyczne | SAC 3 | SAC 2 | SAC 1 | SAC 1 |
| Rzadkie | SAC 3 | SAC 2 | SAC 1 | SAC 1 |
| Bardzo rzadkie | SAC 3 | SAC 2 | SAC 1 | SAC 1 |

**Tabela 3.** Matryca oceny bezpieczeństwa SAC

**Wynik oceny ryzyka wg matrycy SAC**

* Kategoria SAC 1

* Kategoria SAC 2

* Kategoria SAC 3

**Analiza przyczyn źródłowych (konieczna, gdy SAC ≥ 2):** Tak Nie

*Gdy* ***TAK,***  *to należy załączyć wynik analizy przyczyn źródłowych (analiza 5WHY) do karty zgłoszenia wraz z przyczyną źródłową problemu i działaniami korygującymi jakie należy podjąć. (Formularz stanowi załącznik do zgłoszenia. Sposób przeprowadzenie opisuje instrukcja stosowania metody 5 WHY).*

**Wnioski / rekomendacje do poprawy**

|  |
| --- |
|  |

**Informacje o osobie/ach wypełniających Część B:**

Imię i nazwisko (podpis)

|  |
| --- |
|  |

**Data wypełnienia:**

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

**Analizy przyczyn źródłowych problemów metodą 5WHY**

*(należy wypełnić zgodnie z instrukcją zastosowania metody 5 WHY)*

|  |
| --- |
| **OPIS PROBLEMU** |
|  |
| **DLACZEGO ?** |
|   |
| **DLACZEGO ?** |
|  |
| **DLACZEGO ?** |
|   |
| **DLACZEGO ?** |
|  |
| **DLACZEGO ?** |
|   |
|  |
| **WYNIK ANALIZY: PRZYCZYNA ŹRÓDŁOWA** |
|  |
| **Działanie korygujące**  |
|   |
| Odpowiedzialny: |
| Data planowanego wdrożenia: |