

FORMULARZ ANONIMOWEGO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Osoba zgłaszająca:

- ☐¹ Personel UCK
- ☐ Pacjent
- ☐ Rodzina/Opiekun pacjenta
- ☐ Inna osoba

2. Dane pacjenta: (imię, nazwisko, PESEL)

3. Data i godzina zdarzenia:.....

4. Zdarzenie niepożądane, które:

- ☐ Dosięgnęło pacjenta
- ☐ Nie dosięgnęło pacjenta

5. Miejsce wystąpienia zdarzenia:.....

6. Opis zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

7. Skutek zdarzenia:

.....

.....

.....

¹ właściwe zaznaczyć „x”