



Centrum Reumatologii  
Sp. z o.o.

## Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

**Dotyczy:**

Wszystkie Komórki  
Organizacyjne

**Procedura postępowania ze  
zdarzeniami niepożądanymi**

Wydanie: 2 Informacja: W

Data wydania: 30 stycznia 2026 r.

Ilość stron: 31

### ZAŁĄCZNIK NR 1

## KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

### A. Dane zgłoszenia

1. Numer zgłoszenia: .....
2. Data zgłoszenia: .....
3. Godzina zgłoszenia: .....
4. Sposób zgłoszenia:
  - formularz papierowy
  - formularz elektroniczny
  - e-mail
  - system Mediquis
  - zgłoszenie ustne potwierdzone formularzem
  - inne: .....

### B. Dane osoby zgłaszającej

1. Imię i nazwisko: .....
2. Stanowisko / funkcja / kategoria zgłaszającego:
  - lekarz
  - pielęgniarka / położna
  - fizjoterapeuta
  - personel pomocniczy
  - pracownik administracyjny
  - pacjent
  - członek rodziny / opiekun
  - inna osoba: .....
3. Komórka organizacyjna: .....
4. Telefon / e-mail kontaktowy: .....
5. Czy zgłoszenie ma charakter anonimowy?
  - tak
  - nie

### C. Dane pacjenta

1. Imię i nazwisko: .....
2. PESEL: .....



**Dotyczy:**

Wszystkie Komórki  
Organizacyjne

**Procedura postępowania ze  
zdarzeniami niepożądanymi**

Wydanie: 2 Informacja: W

Data wydania: 30 stycznia 2026 r.

Ilość stron: 31

3. W przypadku braku PESEL – rodzaj i numer dokumentu tożsamości:

.....

4. Płeć:

kobieta

mężczyzna

inna / nieustalono

5. Data urodzenia: .....

6. Oddział / komórka organizacyjna / miejsce udzielania świadczenia:

.....

#### **D. Dane dotyczące zdarzenia**

1. Data zdarzenia: .....

2. Godzina zdarzenia: .....

3. Data ujawnienia zdarzenia (jeżeli inna niż data zdarzenia):

.....

4. Miejsce zdarzenia:

oddział szpitalny

poradnia

pracownia diagnostyczna

sala zabiegowa

gabinet rehabilitacji / fizjoterapii

izba przyjęć

teren zewnętrzny placówki

inne: .....

5. Czy zdarzenie dotyczyło:

pacjenta

personelu

pacjenta i personelu

infrastruktury / sprzętu

organizacji procesu

#### **E. Klasyfikacja zdarzenia**

1. Rodzaj zdarzenia:

zdarzenie szkodowe

zdarzenie bezszkodowe

zdarzenie niedoszłe (near miss)

sytuacja niebezpieczna / ryzyko systemowe



**Dotyczy:**  
Wszystkie Komórki  
Organizacyjne

**Procedura postępowania ze  
zdarzeniami niepożądanymi**

Wydanie: 2    Informacja: W

Data wydania: 30 stycznia 2026 r.

Ilość stron: 31

2. Obszar zdarzenia:

- identyfikacja pacjenta
- farmakoterapia
- diagnostyka
- zabieg / procedura medyczna
- rehabilitacja / fizjoterapia
- zakażenie związane z opieką zdrowotną
- upadek pacjenta
- dokumentacja medyczna
- zgoda świadoma
- sprzęt / aparatura
- system informatyczny
- organizacja pracy / komunikacja
- inne: .....

**F. Opis zdarzenia**

**Proszę opisać: co się wydarzyło, kiedy, w jakich okolicznościach, kto był obecny, jaki był przebieg zdarzenia, jakie działania podjęto bezpośrednio po ujawnieniu zdarzenia.**

.....

.....

.....

.....

.....

**G. Skutki zdarzenia**

1. Skutek dla pacjenta:

- brak szkody
- niewielkie pogorszenie stanu zdrowia
- konieczność dodatkowej obserwacji
- konieczność dodatkowego leczenia
- przedłużenie hospitalizacji
- przeniesienie na wyższy poziom opieki
- ciężki uszczerbek
- zgon
- nie dotyczy

2. Czy pacjent został niezwłocznie zaopatrzony / objęty pomocą?

- tak
- nie



Centrum Reumatologii  
Sp. z o.o.

## Wewnętrzny System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Pacjenta

**Dotyczy:**

Wszystkie Komórki  
Organizacyjne

**Procedura postępowania ze  
zdarzeniami niepożądanymi**

Wydanie: 2 Informacja: W

Data wydania: 30 stycznia 2026 r.

Ilość stron: 31

Jeżeli tak, proszę wskazać jakie działania podjęto:

.....

### H. Działania bezpośrednie

1. Jakie działania zabezpieczające podjęto po zdarzeniu?

- udzielono pomocy medycznej
- powiadomiono lekarza
- powiadomiono przełożonego
- zabezpieczono dokumentację
- wycofano sprzęt z użycia
- zabezpieczono lek / wyrób medyczny
- powiadomiono Pełnomocnika ds. ZSZ
- inne: .....

2. Czy zdarzenie może się powtórzyć?

- tak
- nie
- trudno ocenić

3. Jakie były, zdaniem zgłaszającego, możliwe przyczyny zdarzenia?

.....  
.....

4. Jakie działania zapobiegawcze należałoby rozważyć?

.....  
.....

### I. Podpis

Podpis zgłaszającego (jeżeli zgłoszenie nie jest anonimowe):

.....

Data: .....