

KARTA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Cz. I uzupełnia zgłaszający

Data wystąpienia zdarzenia	Godzina wystąpienia zdarzenia	Miejsce wystąpienia zdarzenia

Opis zdarzenia niepożądanego	
Imię i nazwisko/Pesel pacjenta (jeśli dotyczy)	
Prawdopodobna przyczyna wystąpienia zdarzenia niepożądanego	
Opis dotychczas podjętych działań	

.....
Data i podpis zgłaszającego (podpis jest dobrowolny)

Cz. II uzupełnia Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością

MATRYCA SAC

prawdopodobieństwo	
ciężkość zdarzenia niepożądanego	
punkty SAC	

Podjęto decyzję o przeprowadzeniu analizy przyczyn źródłowych RCA

tak

nie

.....
Data i podpis

Pełnomocnika Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością

Dyrektora Szpitala Specjalistycznego Ducha Świętego