



**Zdarzenia niepożądane
powstałe w trakcie
udzielania świadczeń
zdrowotnych**

Załącznik nr 1

Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego nr

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i Nazwisko (dobrowolnie)

.....

Kategoria osoby zgłaszającej (należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii)

- osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych
(stanowisko)
- osoba biorąca udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych
(stanowisko)
- świadek zdarzenia niepożądanego
- pacjent
- rodzina pacjenta lub opiekun :

Dane pacjenta:

Płeć (K/M)..... Nr PESEL

Data wystąpienie zdarzenia niepożądanego

Nazwa podmiotu leczniczego.....

Komórka organizacyjna podmiotu leczniczego

Opis zdarzenia niepożądanego.....

.....
.....
.....
.....
.....

Data zgłoszenia