

Anonimowe zgłoszenie zdarzenia niepożądanego

ZASADY ANONIMOWEGO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

- Personel, pacjent oraz jego rodzina i opiekunowie mogą anonimowo zgłaszać zdarzenia niepożądane.
- Zgłoszenie następuje poprzez wypełnienie *Formularza anonimowego zgłoszenia zdarzenia niepożądanego*, który dostępny jest poniżej.
- *Formularza anonimowego zgłoszenia zdarzenia niepożądanego* należy wydrukować, wypełnić i przekazać do Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. w Bytowie.
- Przekazanie *Formularza* może nastąpić poprzez:
 - zeskanowanie i wysłanie na adres mailowy: niepozadane@bytow.biz
 - dostarczenie do Sekretariatu Zarządu Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. w zaklejonej kopercie z dopiskiem „zgłoszenie zdarzenia niepożądanego”,
 - wysłanie pocztą ma adres: Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., 77-100 Bytów, ul. Lęborska 13, (z dopiskiem „zgłoszenie zdarzenia niepożądanego”).

FORMULARZ ANONIMOWEGO ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

1. Osoba zgłaszająca:

- ☐ * Personel Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.
- ☐ Pacjent
- ☐ Rodzina/Opiekun pacjenta
- ☐ Inna osoba

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

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

4. Zdarzenie niepożądane, które:

- ☐ * Dosięgnęło pacjenta
- ☐ Nie dosięgnęło pacjenta

5. Miejsce wystąpienia zdarzenia.....

6. Opis zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

7. Skutki zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

* Właściwe zaznaczyć „X”