

# KARTA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie  
ul. Batorego 3, 31-135 Kraków

## Wypełnia zgłaszający zdarzenie niepożądane

### Dane pacjenta którego dotyczy zdarzenie niepożądane

Wiek

### Czas wystąpienia zdarzenia niepożądane (jeśli znany)

				-			-		
(rok-miesiąc-dzień)					(godzina, minuta)				

### Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany)

				-			-		
(rok-miesiąc-dzień)					(godzina, minuta)				

### Miejsce wystąpienia zdarzenia

(nazwa placówki)

Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna im. dr. n. med. Zbigniewa Żaka w Krakowie  
ul. Batorego 3, 31-135 Kraków

(komórka organizacyjna)

### Świadkowie zdarzenia

### Okoliczności identyfikacji zdarzenia niepożądane (przy właściwym zaznaczyć X)

Spostrzeżenia personelu		Kontrola (audyt zewnętrzny)	
Spostrzeżenia pacjenta		Reklamacja/skarga/roszczenie	
Spostrzeżenia osoby trzeciej		Przegląd dokumentacji medycznej	
Kontrola/audyt wewnętrzny		Inne	

**Opis zdarzenia niepożądanego**

**Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub placówki**

**Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze)**

Związane bezpośrednio z postępowaniem medycznym	
Związane z nieodpowiednim wyposażeniem	
Związane z nieprzestrzeganiem procedur formalnych wymaganych przepisami	
Związane z organizacją pracy i zarządzaniem	
Związane z nieprzestrzeganiem procedur dezynfekcji i sterylizacji	
Związane ze zdarzeniami niepożądanymi	
Podkategoria zdarzenia niepożądanego (wpisz nr kategorii literę podkategorii np 4h) zgodnie z objaśnieniami poniżej	

## **Kategoria zdarzenia niepożądanego (objaśnienia)**

### **1. Związane bezpośrednio z postępowaniem medycznym:**

- a) błędna diagnoza z uwagi na ( na przykład - mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych, mylny opis badań radiologicznych, mylny opis badania histopatologicznego),
- b) zlecenie niewłaściwego zabiegu,
- c) zranienie albo zakłucie ostrymi narzędziami pacjenta w trakcie wykonywania zabiegu, wskutek czego może wystąpić zakażenie krwiopochodne patogenami, a w efekcie choroba zakaźna i inwazyjna,
- d) mylna identyfikacja pacjenta,
- e) mylna identyfikacja pola zabiegowego (np. zęba),
- f) nie uwzględnienie lub niewłaściwe uwzględnienie danych ogólnomedycznych pacjenta w procesie leczniczym
- g) nieprawidłowa technika znieczulenia( krwiak, martwica tkanek po podaniu znieczulenia, podrażnienie nerwu),
- h) niewłaściwy rodzaj lub dawka środka znieczulającego lub leku
- i) wstrząs anafilaktyczny związany z alergią na podane leki,
- j) aspiracja ciała obcego do dróg oddechowych
- k) zakażenie pozabiegowe
- l) nieprawidłowa technika zabiegu ( martwica tkanki, złamanie korzenia zęba, złamanie instrumentu endodontycznego, . zranienie tkanek miękkich lub twardych)
- m) uszkodzenie ciała w wyniku zastosowania nieprawidłowej procedury lub nieprawidłowo zastosowanej procedury leczniczej
- n) inne

### **2. Związane z nieodpowiednim wyposażeniem:**

- a) brak odpowiednich instrumentów, narzędzi, urządzeń i instalacji
- b) niesprawne urządzenia
- c) brak bieżących przeglądów technicznych,
- d) brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- e) awaria sprzętu,
- f) inne.

### **1. Związane z nieprzestrzeganiem procedur formalnych wymaganych przepisami :**

- a) przeprowadzenie zabiegu bez podpisania świadomej zgody pacjenta na zabieg,

- b) udzielenie informacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- c) nie przestrzeganie przepisów dotyczących RODO
- d) inne

**2. Związane z organizacją pracy i zarządzaniem:**

- a) dopuszczenie do pracy osób bez wymaganych uprawnień ( PWZ, specjalizacja, inne)
- b) niewystarczająca liczba personelu,
- c) niska jakość doboru personelu,
- d) brak umiejętności pracy w zespole,
- e) nieprawidłowa komunikacja,
- f) inne.

**3. Związane z nieprzestrzeganiem procedur dezynfekcji i sterylizacji**

**4. Związane ze zdarzeniami niespodziewanymi:**

- a) zasłabnięcie
- b) upadek
- c) zgon
- d) inne

**Informacje o osobie zgłaszającej**

*imię i nazwisko lub inicjały*

Osoba zgłaszająca jest: *(właściwe zaznaczyć X)*

pracownikiem WPS

pacjentem

osobą trzecią

**Data zgłoszenia**