

## Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Imię i nazwisko pacjenta

.....

Miejsce w szpitalu, w którym doszło do zdarzenia (oddział, poradnia, pracownia)

.....

.....

Data zdarzenia .....

Rodzaj zdarzenia i skutek dla pacjenta (np. zgon, uszczerbek na zdrowiu, uszkodzenie ciała, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji, przedłużenie pobytu, itp. – zgodnie z definicją zdarzenia niepożądanego)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby zgłaszającej

.....