



Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko (pole nieobowiązkowe)

Wiek

Płeć (do wyboru):

Kobieta

Mężczyzna

Czas wystąpienia zdarzenia (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Czas uzyskania wiedzy o zdarzeniu (jeśli znany):

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--

Miejsce wystąpienia zdarzenia: (pole opisowe)

Opis zdarzenia niepożądanego: (pole opisowe)

Skutek zdarzenia dla pacjenta i/lub Pogotowia: (pole opisowe)

--

Niezwłocznie podjęte działania (naprawcze i/lub zapobiegawcze): (pole opisowe – jeśli znane są takie działania)

--

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko (pole nieobowiązkowe)

--

Świadkowie zdarzenia (jeśli znani, pole nieobowiązkowe)

--

Data zgłoszenia:

Rok, miesiąc, dzień (YYYY-MM-DD)

				-			-		
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

Godzina, minuta (HH:MM)

		-		
--	--	---	--	--