

Formularz zgłoszenia krytycznego Zdarzenia Niebezpiecznego



(Safety Event – SE) (ogólny, nie dotyczy pacjenta hemodializowanego)

KOD ZDARZENIA W AGIR:

KOD ZDARZENIA NIEBEZPIECZNEGO (SE):

OŚRODEK:

DATA ZDARZENIA:

Formularz należy wypełnić każdorazowo w przypadku zgłoszenia Niebezpiecznego Zdarzenia (SE), oznaczonego jednym z poniższych kodów.

Część A uzupełnia zespół ośrodka i wysyła do Krajowego Zespołu ds. Bezpieczeństwa (CPST*), w terminie **48h** od zgłoszenia takiego zdarzenia.

*CPST = Dyrektor ds. Medycznych, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, Dyrektor ds. Klinicznych, Regionalny Specjalista ds. Klinicznych; Krajowy lub Regionalny Dyrektor Operacyjny

Rodzaj zgłaszanego zdarzenia	
Nagły zgon pacjenta podczas zabiegu (A 09)	Nieprzewidziany deficyt neurologiczny, sensoryczny lub ogólnoustrojowy (A 73)
Podejrzenie reakcji hemolitycznej po transfuzji (A 26)	Nieprzewidziana częściowa lub całkowita utrata wzroku lub słuchu (A 74)
Ciężkie oparzenia (A 70)	Nieprzewidziana niewydolność nerek lub sepsa (A 75)
Ciężkie obrażenia wewnętrzne (A 71)	Samobójstwo podczas przebywania w ośrodku (A 83)
Znaczna niepełnosprawność (A 72)	

A 70 Poważne oparzenia termiczne, chemiczne, radiologiczne lub elektryczne

A 71 Ciężkie obrażenia wewnętrzne, w tym urazy narządów wewnętrznych, infekcje, pozostawianie ciała obcego w organizmie, uszkodzenie narządów zmysłów lub rozrodczych.

A 72 Znaczna niepełnosprawność, w tym złamania, amputacja lub oszpecenie

A 73 Nieprzewidziany deficyt neurologiczny, sensoryczny lub ogólnoustrojowy, uszkodzenie mózgu, trwały paraliż (w tym paraplegia i tetraplegia)

A 74 Nieprzewidziana częściowa lub całkowita utrata wzroku lub słuchu

A. Szczegóły zdarzenia

Poniżej należy zamieścić opis zdarzenia, zgodny z raportem SE w AGIR. Opis MUSI zostać dostarczony do CPST w ciągu 24 godzin od wystąpienia SE. Następnie, opis w j. angielskim, musi być przekazany do Międzynarodowego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Pacjentów (IPST), w ciągu 72h.

Dane pacjenta:	
Wiek:	Płeć:
Pacjent skierowany z:	Data rozpoczęcia dializ:
Choroby współistniejące:	

Mobilność: Przychodzi na zabieg samodzielnie Wymaga sprzętu wspomagającego chodzenie i pomocy Porusza się na wózku inwalidzkim Transport na leżąco			Samoopieka: W pełni samodzielny Częściowo zależny W pełni zależny Demencja		
Typowy stan pacjenta: Nie zgłasza dolegliwości tak nie Stabilne RR tak nie Aktywny i zaangażowany tak nie Przytomny tak nie Bez dolegliwości bólowych tak nie Spokojny/niepobudzony tak nie			Zmiany typowego stanu w dniu zdarzenia? tak nie tak nie tak nie tak nie tak nie tak nie		
Czy zdarzyły się działania niezgodne z zaleceniem medycznym lub planowaną opieką w ośrodku? Jeśli tak, proszę podać szczegóły: tak nie					
Parametry życiowe przy przyjęciu: Godzina: HR: RR:					
Parametry życiowe przed zdarzeniem: Godzina: HR: RR:					
Data zdarzenia:			Godzina zdarzenia:		
Pacjent: hospitalizowany poradnia			Kiedy nastąpiło zdarzenie: Przed hospitalizacją/wizytą Po hospitalizacji/wizycie W trakcie hospitalizacji/wizyty		
Czy była to pierwsza wizyta? tak nie					
Czy pacjentowi towarzyszył członek rodziny/znajomy? tak nie			Podaj dane kontaktowe:		
Rodzaj przeprowadzanej procedury (PD, wizyta w poradni, hospitalizacja):					
Krótki opis zdarzenia:					

Czy wystąpiły istotne zmiany parametrów życiowych?

Czy zaistniała jakaś szczególna okoliczność przed wystąpieniem zdarzenia?
Proszę opisać wszystko, co mogło przyczynić się do zdarzenia.

Czy wystąpiły zmiany w zakresie opieki nad pacjentem bezpośrednio przed zdarzeniem?
Proszę opisać wszystko, co mogło przyczynić się do zdarzenia.

Okoliczność, która miała miejsce bezpośrednio przed zdarzeniem:

Hipotensja	Błędne podanie leku
Transfuzja krwi lub składników krwi	Znaczna utrata krwi
Wzrost wartości RR	Upadek pacjenta
Anafilaksja – ustrojowa reakcja alergiczna	Zabieg inwazyjny

Czy używany był jakiś sprzęt?

tak nie

Proszę podać szczegóły

Czy sprzęt został poddany kwarantannie?

tak nie

Proszę podać szczegóły

Czy były inne osoby zaangażowane/
poszkodowane?

tak nie

Proszę podać szczegóły

Przegląd informacji z ośrodka:

Wypełnia CPST lub wyznaczona osoba, a uaktualnione informacje o działaniach i decyzjach są przesyłane do IPST.

Czy są wymagane dalsze informacje?

tak nie

Proszę podać szczegóły niezbędnych informacji

Jeżeli nie zaplanowano dalszej analizy i dochodzenia, należy podać przyczyny:

Czy jest potrzebne zaangażowanie zespołu
dochodzeniowego?

tak nie

Data i czas zaplanowanego dochodzenia

Dyrektor ds.

Medycznych (CMO)

Imię i nazwisko

Data

Zastępca Dyrektora

Medycznych (dCMO)

Imię i nazwisko

Data

Dyrektor ds.

Klinicznych (DCS)

Imię i nazwisko

Data

B. Dochodzenie

Część B uzupełnia osoba wyznaczona do prowadzenia dochodzenia.

Osoba wyznaczona do prowadzenia dochodzenia: _____

Stanowisko: _____ Data: _____

Dane świadków zdarzenia:

Należy podać imię i nazwisko, stanowisko, udział w zdarzeniu i datę otrzymania relacji od świadka. Należy uwzględnić wszystkich członków zespołu, którzy byli bezpośrednio zaangażowani w zdarzenie, zapewnili pacjentowi bezpośrednią opiekę podczas leczenia i byli obecni w obszarze leczenia podczas lub przed zdarzeniem. Nie dotyczy członków zespołu reanimacyjnego spoza ośrodka. Należy pamiętać o dołączeniu relacji świadków do raportu SE.

[illegible]

Wypożyczenie:

Należy zidentyfikować sprzęt lub produkty, które mogły być zaangażowane w zdarzenie, w tym monitory, sprzęt jednorazowego użytku, leki, dostęp żylny (np. cewnik centralny, wkłucie obwodowe, port naczyniowy) – nie dotyczy to sprzętu stosowanego w procedurze RKO.

[illegible]

Kontrola sprzętu:

			Ustalenia
Sprzęt skontrolowany przez Biomed	tak	nie	

Inne kontrole lub ustalenia dotyczące sprzętu:

Analiza dokumentacji:

Należy przeanalizować całą powiązaną ze zdarzeniem dokumentację, od przyjęcia pacjenta, poprzez przebieg leczenia w porządku chronologicznym:

Rodzaj dokumentacji	Zweryfikowano		Data	Dalsze wnioski
Dokumentacja przyjęcia	tak	nie		
Uwagi personelu pielęgniarskiego	tak	nie		
Uwagi personelu lekarskiego	tak	nie		
Wnioski na zakończenie	tak	nie		
Dokumentacja dotycząca wezwania zespołu RKO	tak	nie		

Inne dane:

Obejmuje rejestry maszyn, raporty techniczne, wpisy w elektronicznej dokumentacji medycznej, zapisy monitoringu wizyjnego.

Rodzaj danych	Zweryfikowano		Data	Dalsze wnioski
Otrzymano i sprawdzono logi z elektronicznej dokumentacji medycznej (EMR)	tak	nie		
Otrzymano i obejrzano zapis monitoringu wizyjnego (CCTV)	tak	nie		
Przeprowadzono ocenę techniczną sprzętu	tak	nie		
Inne (proszę określić)	tak	nie		

Ocena RKO:

Czy został wezwany zespół RKO?	tak nie	Data i godzina:
Czy zespół RKO przeprowadził/ kontynuował czynności związane z NZK?	tak nie	Data ukończenia:
Inne istotne dane związane z obecnością zespołu RKO:		

C. Szczegóły analizy

Część C: wypełnia CPST, w ramach analizy powyższych informacji i innych danych zebranych w wyniku dochodzenia.

Cele:

1. Zrozumienie czynników, które odegrały rolę w powstaniu zdarzenia.
2. Zwiększenie ogólnej wiedzy o SE, ich przyczynach i strategiach zapobiegania.
3. Wskazanie odpowiednich działań naprawczych.
4. Wyciąganie wniosków z SE celem dążenia do poprawy opieki nad pacjentem.

Ośrodek:	Data analizy:
Lokalizacja:	Czas rozpoczęcia:
Osoba wyznaczona do analizy:	Osoba wyznaczona do analizy:
Stanowisko:	Stanowisko:
Współpracownik obecny podczas analizy:	
Dyrektor Medyczny (CMO)/Z-ca DM:	Pielęgniarka Oddziałowa:
Regionalny Dyrektor Operacyjny (ROD):	
Dyrektor ds. Klinicznych (DCS)/Specjalista ds. Klinicznych (CSS):	Pielęgniarka dyżurna:
Lekarz specjalista (MD):	Inni:

Analiza przyczyn źródłowych (RCA):

Proces poszukiwania przyczyn mogących mieć wpływ na zmiany w przebiegu leczenia i opieki nad pacjentem, w tym na występowanie SE. Skupia się głównie na systemach i procesach, nie na indywidualnym działaniu. Które z poniższych narzędzi zostało użyte jako pomoc w przeprowadzeniu analizy?

Które z poniższych narzędzi zostały wykorzystane do analizy i weryfikacji?	zasada 5 pytań „dlaczego” analiza przyczyn diagram Ishikawy
Inne analizy, jeśli trzeba:	RCA upadku pacjenta RCA serokonwersji RCA zakażenia krwiopochodnego (BSI)
Podaj ramy czasowe:	

Uwaga: w ramach końcowego raportu zdarzenia krytycznego należy załączyć uzupełnioną RCA oraz inne dane uzupełniające.

[illegible]

Opis przyczyny	Rodzaj przyczyny*	Źródło**

* **Rodzaj przyczyny:** naruszenie procedury, błąd ludzki, braki w zasobach ludzkich, brak procedury, nieprawidłowe działanie lub awaria techniczna, niezgodność produktu lub usługi, niewłaściwe przeszkolenie, brak odpowiednich materiałów, inne.

****Źródło:** pacjent, wewnętrzne, współpracownik, dostawca, inne

Uwaga: w stosownych przypadkach należy pamiętać o dodaniu wszelkich informacji z RCA do systemu AGIR

Działania:

Działania naprawcze, które należy wdrożyć po RCA:

Działanie	Osoba odpowiedzialna	Termin	Zadanie przypisane w AGIR

Uwaga: weryfikację należy przeprowadzić w ciągu 28 dni od zdarzenia, a kopię gotowego raportu końcowego (w języku angielskim) należy przesłać do IPST