

	Grupa Penta Hospitals Polska	Standard
	Załącznik nr 3 do BP/1/2025	Bezpieczeństwo Pacjenta BP1
	Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego wersja papierowa	Data wydania 03.06.2025 Nr wydania 2

Formularz zgłoszeniowy zdarzenia niepożądanego

.....
(data, miejscowość)

Nazwa Szpitala

Imię i Nazwisko poszkodowanego

(w przypadku braku poszkodowanego należy wskazać kogo/czego dotyczy zgłoszenie)

Płeć poszkodowanego ☐ kobieta
☐ mężczyzna
☐ nie dotyczy

Data zdarzenia

Czy skutek zdarzenia był śmiertelny ☐ NIE
☐ TAK

Czy nastąpiło trwałe uszkodzenie ciała ☐ NIE
☐ TAK

Opis zdarzenia
.....
.....

Aktualny stan poszkodowanego
.....
.....

Natychmiast podjęte działania
.....
.....

Rezultat podjętych działań
.....
.....

Imię i nazwisko zgłaszającego*

Uwagi
.....

* Pole nie jest obowiązkowe. Brak wskazania imienia, nazwiska oraz danych kontaktowych zgłaszającego nie spowoduje nieważności zgłoszenia.