

2025-10-01

# **Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem**

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki  
Zdrowotnej w Kraśniku**

Kraśnik, 2025

## I. Wprowadzenie

1. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta jest Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku.
2. Budowa systemu jakości i bezpieczeństwa.



### 2.1 Autoryzacja

Jest to obligatoryjny system oceny podmiotów wykonujących działalność leczniczą w ramach sieci szpitali. Otrzymanie autoryzacji jest swego rodzaju potwierdzeniem wydawanym przez NFZ, że dany podmiot leczniczy prowadzi wewnętrzny system zarządzania jakością (który obejmuje m.in. monitorowanie zdarzeń niepożądanych) oraz realizuje świadczenia z zachowaniem warunków ich realizacji w zakresie miejsca, personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określonych w tzw. rozporządzeniach koszykowych (przepisach wydanych na podstawie art. 31d i art. 31da ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Dyrektor powołuje Zespół ds. przygotowania podmiotu do procesu Autoryzacji.

## **2.2 Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem**

Jest to system stworzony przez Podmiot, z uwzględnieniem specyfiki świadczeń jakie udziela, gwarantujący monitorowanie procesów oraz podejmowanie działań poprawy celem podnoszenia jakości i bezpieczeństwa pacjentów.

## **2.3 Akredytacja**

Akredytacja ma na celu potwierdzenie spełniania przez Podmiot standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania. Standardy akredytacyjne dotyczą rodzaju działalności albo zakresu świadczeń i są grupowane w działy tematyczne.

W SP ZOZ w Kraśniku funkcjonuje Zespół ds. Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta, odpowiedzialny za:

- 1) wdrażanie, monitorowanie i ciągłe doskonalenie Systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem;
- 2) pozyskiwanie dla Szpitala certyfikatów i programów, mających na celu doskonalenie jakości świadczonych usług;
- 3) nadzorowanie i monitorowanie spełnienia wdrożonych standardów w ramach Akredytacji Szpitala;
- 4) inicjowanie i koordynacja pracy komitetów i zespołów powołanych w celu realizacji zadań w zakresie jakości i bezpieczeństwa w Szpitalu;
- 5) współpraca z instytucjami zewnętrznymi promującymi politykę projakościową;
- 6) upowszechnianie wśród personelu Szpitala zachowań projakościowych w opiece nad pacjentem oraz budowanie pozytywnego wizerunku Szpitala;
- 7) inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu poprawę funkcjonowania procesów, dokumentacji i doskonalenie skuteczności Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem;
- 8) nadzorowanie i koordynacja przebiegu audytów wewnętrznych, przygotowywanie przeglądu zarządzania i okresowych raportów dot. funkcjonowania Systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem;
- 9) opracowywanie i monitorowanie realizacji Programów poprawy jakości.

## **2.4 Rejestry medyczne**

Stanowią tworzone zgodnie z prawem rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych, jednostkowych danych medycznych lub danych niebędących



danymi osobowymi, służący do realizacji zadań publicznych, prowadzony przez podmiot funkcjonujący w systemie ochrony zdrowia.

### 3. Obszary systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

**3.1 Obszar kliniczny** rozumiany jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, opisywanych przez parametry:

3.1.1 efektu leczniczego,

3.1.2 powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny,

3.1.3 śmiertelności po zabiegach: w trakcie hospitalizacji w okresie 30 dni, 90 dni oraz roku od zakończenia hospitalizacji,

3.1.4 doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej,

3.1.5 struktury procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych.

**3.2 Obszar konsumencki** – rozumiany jako wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

**3.3 Obszar zarządczy** – rozumiany jako zestaw wskaźników odnoszących się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania opisywanych przez parametry dotyczące:

3.3.1 posiadania akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę,

3.3.2 stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu,

3.3.3 długości hospitalizacji,

3.3.4 struktury realizowanych świadczeń.

## **II. Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem**

### **1. Głównymi celami „Wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem” są:**

1.1 wdrażanie rozwiązań mających na celu identyfikację ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu, tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych;

1.2 identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;

1.3 określenie kryteriów i metod niezbędnych do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych,

- 1.4 okresowe monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 1.5 monitorowanie zdarzeń niepożądanych,
- 1.6 zapewnienie dostępu do szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 1.7 prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w Zakładzie.

## **2. Wewnętrzny system funkcjonujący w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kraśniku oparty jest na:**

- 2.1 Statucie SP ZOZ w Kraśniku,
- 2.2 Regulaminie Organizacyjnym SP ZOZ w Kraśniku,
- 2.3 zarządzeniach Dyrektora Podmiotu,
- 2.4 obowiązujących przepisach prawnych,
- 2.5 procedurach systemowych z obszarów:
  - 2.5.1 ciągłość opieki;
  - 2.5.2 prawa i obowiązki pacjenta;
  - 2.5.3 oceny stanu zdrowia;
  - 2.5.4 diagnostyki, w tym laboratorium, diagnostyka obrazowa, patomorfologia;
  - 2.5.5 zagrożenie życia;
  - 2.5.6 opieka nad pacjentem;
  - 2.5.7 zabiegi i znieczulenia;
  - 2.5.8 farmakoterapia;
  - 2.5.9 leczenie żywieniowe;
  - 2.5.10 prewencja i kontrola zakażeń;
  - 2.5.11 poprawa jakości;
  - 2.5.12 bezpieczeństwo pacjenta;
  - 2.5.13 jakość obsługi;
  - 2.5.14 informacja medyczna;
  - 2.5.15 jakość zarządzania.

## **3. Wdrażanie rozwiązań mających na celu identyfikację ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu, tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych.**

W podmiocie funkcjonuje system zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz ich analizy, normują go procedury systemu jakości, które stanowią integralną część systemu jakości



i bezpieczeństwa - nr **BP 1.2** Procedura zagładzania zdarzeń niepożądanych oraz nr **BP 1.3** Procedura analizy zdarzeń niepożądanych.

Zgodnie z w/w procedurami, każdy ma możliwość zgłoszenia wystąpienia zdarzenia niepożądanego, do osoby upoważnionej przez Dyrektora Podmiotu do przyjmowania i rejestracji zgłoszeń.

Zgłoszenia można dokonać osobiście, pocztą tradycyjną oraz drogą mailową, w tym anonimowo.

Dane zgłaszającego zdarzenie pozostają do wyłącznej wiadomości Dyrektora Podmiotu Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości oraz członków Zespołu ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych. Zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez ujawnienia swoich danych.

Osoba upoważniona informuje o zgłoszeniu Dyrektora Podmiotu oraz Zespół ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych, który dokonuje analizy przyjętego zgłoszenia zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą.

Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych jest nastawione na szukanie działań naprawczych, bez personalizacji i szukania osób odpowiedzialnych.

Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego, analiza przyczyn źródłowych, ocena zdarzenia i kwalifikacja nie mogą stanowić podstawy do odpowiedzialności dyscyplinarnej, odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną wskutek dokonania zgłoszenia lub odpowiedzialności z tytułu naruszenia praw innych osób lub obowiązków określonych w przepisach prawa.

Na podstawie zgłoszenia zostają wyciągnięte wnioski oraz formułuje się zalecenia o podjęcie konkretnych działań na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości.

Ustalenia i wnioski przedstawiane są na spotkaniach z kierownikami komórek organizacyjnych Podmiotu.

#### **4. Identyfikacja obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń.**

W Zakładzie funkcjonuje powołany zarządzeniem Dyrektora Zespół ds. Jakości. W skład Zespołu wchodzi przedstawiciele różnych grup zawodowych, spotkania Zespołu odbywają się raz w miesiącu.

Zespół współpracuje i zapoznaje się ze wszystkimi sprawozdaniami i analizami przedstawionymi przez:

- Komitet Zakażeń Szpitalnych,
- Zespół Zakażeń Szpitalnych,
- Zespół ds. odmów hospitalizacji,
- Zespół ds. błędów przedlaboratoryjnych,
- Zespół ds. analiz czynności resuscytacyjnych,
- Zespół ds. profilaktyki odleżyn,
- Zespół ds. analizy przebiegu i skutków znieczuleń,
- Zespół ds. leczenia żywieniowego,
- Zespół ds. oceny i leczenia bólu,
- Zespół ds. profilaktyki żyłnej choroby zatorowo-zakrzepowej,
- Zespół ds. informacji niejawnej,
- Zespół ds. analiz medycznych (przedłużone pobyt, rehospitalizacje, reoperacje, zgony, zgony okołoperacyjne, zabiegi),
- Zespół ds. farmakoterapii,
- Zespół ds. dokumentacji Medycznej,
- Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych,
- Zespół ds. etyki,
- Dział Rozliczeń Usług Medycznych,
- Kierownika ds. Infrastruktury,
- inne komórki Podmiotu.

Na spotkaniach Zespołu omawiane są także sprawy bieżące.

W oparciu o uzyskane dane Zespół identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa, a następnie opracowuje ogólny program działań na rzecz poprawy jakości oraz plany poprawy jakości w poszczególnych obszarach.

Zarówno program jak i plany poprawy jakości są na bieżąco monitorowane i aktualizowane (minimum raz na 6 miesięcy), odnotowane zostają postępy w ich realizacji oraz w razie potrzeby następują modyfikacje lub korekty programu i planów.

Dyrekcja Podmiotu bierze czynny udział w pracach Zespołu ds. Jakości i podejmuje decyzje odnośnie obszarów priorytetowych dla poprawy jakości i bezpieczeństwa.

## **5. Określenie kryteriów i metod niezbędnych do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń zdrowotnych.**



Rodzaj kryteriów i metod mających na celu zabezpieczenie skutecznego nadzoru nad jakością są uzależnione od wybranego obszaru poprawy, sposobu realizacji zadania oraz mierników uzyskanych efektów w odniesieniu do zakładanego celu.

Przyjęte kryteria powinny odzwierciedlać rodzaje i zakresy świadczeń zdrowotnych udzielanych w Podmiocie oraz koncentrować się na zagadnieniach istotnych z punktu widzenia prawidłowości, jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych oraz możliwego wpływu dokonanych analiz na poprawę jakości i bezpieczeństwa.

### **Przykładowe kryteria oceny wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem**

| <b>Aspekt kliniczny</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Aspekt konsumencki</b>                                                                                                                                              | <b>Aspekt zarządczy</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ilość przedłużonych pobytów<br>Ilość rehospitalizacji<br>Ilość zgonów<br>Ilość zgonów okołoooperacyjnych<br>Ilość reanimacji<br>Ilość odmów hospitalizacji<br>Ilość wykonanych zabiegów<br>Rodzaj wykonanych zabiegów<br>Ilość wykonanych znieczuleń<br>Rodzaj wykonanych znieczuleń<br>Zdarzenia niepożądane | Wynik ankiet satysfakcji pacjenta<br>Opinie o Podmiocie zamieszczane w internecie<br>Wpisy w „Księgach skarg i wniosków” poszczególnych oddziałów.<br>Skargi i wnioski | Certyfikat jakości<br>Struktura realizowanych świadczeń<br>Długość hospitalizacji<br>Stopień % wykorzystania łóżek<br>Rodzaj wykonywanych świadczeń<br>Ilość wykonywanych badań diagnostycznych<br>Rodzaj wykonywanych badań diagnostycznych<br>Średnia długość hospitalizacji<br>Wykonanie kontraktu<br>Przestrzeganie procedur przez personel |

## **6. Okresowe monitorowanie i ocena jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych.**

W ramach wewnętrznego systemu jakości i bezpieczeństwa, systematycznie analizuje się zdarzenia dotyczące hospitalizacji oraz funkcjonowania komórek Podmiotu.

Analiz dokonują działające w SP ZOZ w Kraśniku komitety i zespoły, dodatkowo w ramach monitorowania jakości przeprowadza się kontrole doraźne.

Dział Rozliczeń Usług Medycznych oraz Dział Księgowości comiesięcznie przedstawia Dyrektorowi sprawozdanie z wykonania kontraktu oraz sytuacji finansowej Podmiotu.



Kierownik ds. Infrastruktury systematycznie informuje Dyrektora Podmiotu, o postępach w prowadzonych inwestycjach, potrzebach remontowych oraz sprzętowych w Podmiocie.

## **7. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych**

W Podmiocie funkcjonuje system zgłaszania i analiz zdarzeń niepożądanych.

Każde zgłoszone zdarzenie niepożądane jest rejestrowane przez osobę upoważnioną, a następnie analizowane przez Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych.

O każdym zgłoszeniu informowany jest Dyrektor Podmiotu

W ramach pracy Zespół:

- 1) porównuje wpis w karcie zgłoszenia z wpisem w dokumentacji medycznej pacjenta,
- 2) w przypadku gdy wpis nie dotyczy pacjenta, Zespół zbiera szczegółowe informacje o zdarzeniu,
- 3) przeprowadza analizę przyczyn zdarzenia,
- 4) dokonuje analizy zdarzeń zgodnie z matrycą SAC,
- 5) konstruuje wnioski i wskazuje możliwe rozwiązania, mające na celu zapobieganie zdarzeniom w przyszłości,
- 6) wydaje zalecenia.

Wyniki analiz przedstawiane są Dyrektorowi oraz Zespołowi ds. Jakości.

Zespół zbiera się w razie potrzeby, jednak nie rzadziej niż 2 razy w roku.

## **8. Zapewnienie dostępu do szkoleń z zakresu jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych.**

Dyrekcja Zakładu zabezpiecza personelowi dostęp do szkoleń z jakości i bezpieczeństwa pacjenta oraz innych niezbędnych do prawidłowego wykonywania obowiązków służbowych.

Szkolenia organizowane są przez podmioty zewnętrzne oraz przez pracowników (szkolenia wewnętrzne), a prowadzone zarówno w formie stacjonarnej jak i on line.

Corocznie kierownicy komórek organizacyjnych przedkładają do Działu Służby Pracowniczej Plany szkoleń, w których ujmowane są wszystkie szkolenia potrzebne personelowi danej komórki.

## **9. Prowadzenie badania opinii i doświadczeń pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w Zakładzie.**

Podmiot umożliwia zarówno pacjentom jak i ich rodzinom wyrażenie opinii na temat jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizacji udzielania świadczeń oraz infrastruktury.

Ankiety satysfakcji pacjentów prowadzone są elektronicznie w ramach systemu OPEN PASAT IKP i umożliwią anonimową ocenę. Analiza wyników monitorowana jest na bieżąco, raz na rok generuje się raport zbiorczy.

Na oddziałach znajdują się „Księgi skarg i wniosków”, w których każdy pacjent, członek rodziny lub opiekun może wyrazić anonimową lub imienną opinię na temat organizacji pracy danego oddziału oraz jakości udzielanych świadczeń. Analiza wpisów odbywa się raz na 6 miesięcy.

Dodatkowo pacjent lub osoba go reprezentująca, w chwili stwierdzenia, że jego prawa zostały w jakikolwiek sposób naruszone ma możliwość złożenia skargi lub wniosku. Skargi i wnioski w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kraśniku można zgłaszać do:

- 1) Dyrekcji Szpitala,
- 2) bezpośredniego przełożonego osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych lub ordynatora/kierownika danej komórki organizacyjnej,
- 3) Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta.

Skargi i wnioski rozpatrywane są bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca od daty wpływu.

**Dyrektor**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku  
*mgr Maria Słota*

2025-10-01

# POLITYKA BEZPIECZEŃSTWA

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku



## **1. Wstęp**

1.1. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi priorytet w działalności Szpitala.

1.2. Wdrożenie skutecznego systemu poprawy bezpieczeństwa ma na celu zapobieganie zdarzeniom niepożądanym, minimalizowanie ryzyka związanego z hospitalizacją oraz stałe doskonalenie jakości świadczeń zdrowotnych.

1.3. Szpital przyjmuje zasadę, że każdy członek personelu medycznego i niemedycznego, pacjent, jego rodzina lub opiekunowie, mają prawo i obowiązek zgłaszania zagrożeń dla bezpieczeństwa, a kultura organizacyjna sprzyja otwartości, uczciwości i uczeniu się na błędach.

## **2. Cel polityki**

2.1. Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

2.2. Wzmocnienie zaufania pacjentów i personelu do systemu opieki zdrowotnej.

2.3. Wprowadzenie spójnych i jednolitych procedur bezpieczeństwa.

2.4. Stworzenie mechanizmów zapobiegania błędom medycznym i organizacyjnym.

2.5. Zapewnienie ochrony osobom zgłaszającym zdarzenia oraz promowanie kultury „no blame”.

## **3. Zakres polityki**

3.1. Polityka bezpieczeństwa pacjenta obejmuje wszystkie działania diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne i organizacyjne prowadzone w szpitalu.

3.2. Zakres obejmuje w szczególności:

3.2.1. hospitalizację pacjentów,

3.2.2. farmakoterapię,

3.2.3. transfuzjologię,

3.2.4. wykonywanie procedur i zabiegów,

3.2.5. zarządzanie sprzętem medycznym,

3.2.6. działalność pomocniczą (transport wewnątrzszpitalny, żywienie, sprząatanie),

3.2.7. komunikację z pacjentami i ich rodzinami.

## **4. Struktura organizacyjna systemu bezpieczeństwa**

4.1. Kierownictwo szpitala odpowiada za zapewnienie środków, nadzór i wsparcie działań związanych z bezpieczeństwem pacjenta.

4.2. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości koordynuje działania, prowadzi analizy i nadzoruje wdrażanie zaleceń.

- 4.3. Zespoły interdyscyplinarne prowadzą analizy zdarzeń, opracowują rekomendacje i planują szkolenia.
- 4.4. Personel medyczny i niemedyczny ma obowiązek dbać o bezpieczeństwo pacjentów i zgłaszać zagrożenia.
- 4.5. Pacjenci i ich rodziny mogą zgłaszać uwagi, skargi i sugestie dotyczące bezpieczeństwa.

## **5. Procedury bezpieczeństwa**

### **5.1 System zgłaszania i identyfikacji zdarzeń niepożądanych (BP1)**

- 5.1.1 Każdy pracownik może zgłosić zdarzenie elektronicznie.
- 5.1.2 Każdy pracownik może zgłosić zdarzenie pisemnie przy użyciu formularza papierowego.
- 5.1.3 Każdy pracownik może zgłosić zdarzenie anonimowo, korzystając ze skrzynki zgłoszeń.
- 5.1.4 Zgłoszenia mogą być przyjmowane również od pacjentów i ich rodzin.
- 5.1.5 Identyfikowane zdarzenia obejmują zdarzenia ze szkodą dla pacjenta, zdarzenia bez szkody oraz zdarzenia niedoszłe.
- 5.1.6 Dodatkowymi źródłami są: przegląd dokumentacji, analiza rehospitalizacji, skargi pacjentów oraz sprawy sądowe.

### **5.2 Analiza zdarzeń i podejmowanie działań (BP1.4, BP1.5)**

- 5.2.1 Poważne zdarzenia analizowane są metodą RCA (Root Cause Analysis).
- 5.2.2 W analizie stosowana jest matryca SAC (Safety Assessment Code).
- 5.2.3 Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych opracowuje zalecenia i rekomendacje.
- 5.2.4 Kierownictwo odpowiada za wdrożenie działań naprawczych.
- 5.2.5 Kierownictwo monitoruje skuteczność działań i rozpowszechnia informacje o zmianach.

### **5.3 Identyfikacja pacjenta (BP2)**

- 5.3.1 Pacjent jest identyfikowany na podstawie co najmniej dwóch elementów: imię i nazwisko, data urodzenia, numer historii choroby, opaska identyfikacyjna z kodem kreskowym.
- 5.3.2 Pacjenci w szczególnych sytuacjach (np. nieprzytomni, NN) otrzymują tymczasowe identyfikatory zgodne z procedurą szpitalną.
- 5.3.3 Pacjenci szczególnego ryzyka są oznaczani opaskami kolorowymi (np. ryzyko upadku) odleżyny).

### **5.4 Minimalizacja ryzyka zabiegów (BP3)**

- 5.4.1 Każdy zabieg poprzedza weryfikacja dokumentacji i badań pacjenta.
- 5.4.2 Każdy zabieg poprzedza potwierdzenie procedury i miejsca operacji.
- 5.4.3 Miejsce operowane jest oznaczane markerem.

5.4.4 Stosowana jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK) na trzech etapach: przed indukcją znieczulenia, przed nacięciem, przed opuszczeniem sali operacyjnej.

5.4.5 Koordynator OKK odpowiada za potwierdzenie każdego etapu.

## **6. Monitorowanie i ewaluacja**

6.1. Audyt wewnętrzny prowadzony jest co najmniej raz w roku.

6.2. Raporty półroczne dla Dyrekcji Szpitala sporządza Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości.

6.3. Skuteczność wdrożonych zaleceń jest oceniana na podstawie wskaźników (m.in. liczba rehospitalizacji, powikłań, skarg pacjentów).

6.4. Personel uczestniczy w cyklicznych szkoleniach z zakresu jakości i bezpieczeństwa.

## **7. Kultura bezpieczeństwa**

7.1. System nie ma charakteru karnego.

7.2. Osoby zgłaszające zdarzenia podlegają ochronie.

7.3. Promowana jest postawa współpracy, otwartości i uczenia się na błędach.

7.4. Każdy pracownik ma prawo odmówić wykonania czynności, jeśli istnieje uzasadnione ryzyko zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta.

## **8. Postanowienia końcowe**

8.1. Niniejsza Polityka podlega przeglądowi co najmniej raz na dwa lata.

8.2. Wszelkie zmiany muszą być zatwierdzone przez Dyrekcję Szpitala.

8.3. Dokument obowiązuje wszystkich pracowników szpitala.

### **Załączniki:**

Załącznik nr 1 – Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych

Załącznik nr 2 – Procedura analizy zdarzeń niepożądanych

Załącznik nr 3 – Procedura identyfikacji pacjenta

Załącznik nr 4 – Wzór Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK).

**Dyrektor**  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku  
*mgr Maria Słota*



|                                                                                                                                                   |                                      |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                            | Numer PJ 5.1                      |
|                                                                                                                                                   | Zgłaszania zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 5<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                   |                                      | Strona 1 z 5                      |

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Opracował:<br>mgr Honorata Chomiczka-Kruk<br>Pełnomocnik Dyrektora<br>ds. jakości<br><i>Honorata Chomiczka-Kruk</i><br>mgr Honorata Chomiczka-Kruk<br>Nazwisko i imię      Data      Podpis | Sprawdził:<br>lek. Piotr Krawiec<br>Z-ca Dyrektora ds. medycznych<br>Samodzielnego Publicznego Zakładu<br>Opieki Zdrowotnej w Kraśniku<br><i>lek. Piotr Krawiec</i><br>Nazwisko i imię      Data      Podpis | Zatwierdził do stosowania:<br>Dyrektor<br>mgr Maria Słota<br>12.06.2024 r.<br>Samodzielnego Publicznego<br>Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku<br><i>mgr Maria Słota</i><br>Nazwisko i imię      Data      Podpis |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Zweryfikował (imię, nazwisko)    | Data              | Podpis                                       |
|----------------------------------|-------------------|----------------------------------------------|
| <i>mgr Diana Kozakiewicz-Lis</i> | <i>12.06.2024</i> | Uzgodniono pod względem<br>formalno-prawnym  |
| <i>Honorata Chomiczka-Kruk</i>   | <i>13.06.2025</i> | RADCA PRAWNY<br><i>Diana Kozakiewicz-Lis</i> |
|                                  |                   |                                              |

|                                         |        |
|-----------------------------------------|--------|
| I. CEL I PRZEDMIOT PROCEDURY.....       | str. 2 |
| II. TERMINOLOGIA.....                   | str. 2 |
| III. ZAKRES STOSOWANIA PROCEDURY.....   | str. 2 |
| IV. SPOSÓB POSTĘPOWANIA.....            | str. 3 |
| V. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA.....  | str. 4 |
| VI. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ..... | str. 5 |
| VII. ZAŁĄCZNIKI.....                    | str.5  |

|                                                                                                                                                   |                                              |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                                    | Numer PJ 5.1                      |
|                                                                                                                                                   | <b>Zgłaszania zdarzeń<br/>niepożądanych.</b> | Wydanie 5<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                   |                                              | Strona 2 z 5                      |

## I. CEL I PRZEDMIOT PROCEDURY.

Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jest jednym z elementów Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kraśniku.

Celem procedury jest poprawa bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację sytuacji i okoliczności, które mogą stanowić zagrożenie dla pacjenta poprzez określenie zasad ich zgłaszania i systematyczne monitorowanie.

## II. ZAKRES STOSOWANIA PROCEDURY

Procedura obowiązuje cały personel Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kraśniku.

## III. TERMINOLOGIA.

**Zdarzenie niepożądane** - zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu; nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

**Dyrektor** – dyrektor SP ZOZ w Kraśniku

### Rodzaje zdarzeń niepożądanych:

#### 1. dotyczące urządzeń medycznych i wyposażenia:

- 1.1 brak bieżących przeglądów technicznych,
- 1.2 brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- 1.3 awaria sprzętu,
- 1.4 nieczytelny panel aparatu,
- 1.5 uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
- 1.6 inne;

#### 2. dotyczące organizacji pracy personelu medycznego:

- 2.1 niewłaściwy pacjent/ miejsce/ strona/ niewłaściwa procedura operacyjna,
- 2.2 zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu,
- 2.3 ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
- 2.4 uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego,
- 2.5 brak oceny ryzyka w kierunku żylnego choroby zakrzepowo – zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur,
- 2.6 inne;

#### 3. dotyczące leczenia:

- 3.1 błędna diagnoza z uwagi na:
  - 3.1.1 mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
  - 3.1.2 mylny opis badań radiologicznych,
  - 3.1.3 mylny opis badania histopatologicznego,
- 3.2 zlecenie niewłaściwego świadczenia medycznego,
- 3.3 niewłaściwa klasyfikacja do świadczenia medycznego,





|                                                                                                                                                   |                                      |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                            | Numer PJ 5.1                      |
|                                                                                                                                                   | Zgłaszania zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 5<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                   |                                      | Strona 3 z 5                      |

3.4 inne;

4. dotyczące farmakoterapii:

- 4.1 podanie niewłaściwego leku,
- 4.2 podanie niewłaściwej dawki leku,
- 4.3 błędne ustalenie dawki leku,
- 4.4 błędna identyfikacja pacjenta,
- 4.5 niewłaściwy czas podania leku,
- 4.6 nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
- 4.7 nieprawidłowa droga podania leku,
- 4.8 nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik),
- 4.9 zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- 4.10 powikłania po podaniu leku,
- 4.11 inne;

5. dotyczące hospitalizacji:

- 5.1 mylna identyfikacja pacjenta,
- 5.2 niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- 5.3 odleżyny powstałe w związku z zaniedbaniem opieki,
- 5.4 odcewnikowa infekcja łóżyska naczyniowego,
- 5.5 upadek pacjenta,
- 5.6 zakażenia szpitalne,
- 5.7 sepsa,
- 5.8 wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,
- 5.9 powikłania poprzetoczeniowe,
- 5.10 inne;

6. dotyczące zdarzeń niezależnych od personelu:

- 6.1 próba samobójcza,
- 6.2 samobójstwo,
- 6.3 samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala,
- 6.4 korzystanie przez pacjenta z używek i środków odurzających,
- 6.5 niszczenie mienia SP ZOZ w Kraśniku przez pacjenta lub inne osoby,
- 6.6 inne;

7. dotyczące nieprzestrzegania procedur przez personel:

- 7.1 przeprowadzenie zabiegu lub badania bez podpisania świadomej zgody pacjenta,
- 7.2 udzielenie informacji o stanie zdrowia osobie nieupoważnionej,
- 7.3 udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej,
- 7.4 nieprzestrzeganie praw pacjenta,
- 7.5 inne.

**IV. SPOSÓB POSTĘPOWANIA.**

1. Zdarzenia niepożądane mogą być zgłaszane przez:

- 1.1 personel medyczny i niemedyczny, niezwłocznie po zaistnieniu lub stwierdzeniu zdarzenia niepożądanego,
- 1.2 świadków zdarzenia,
- 1.3 pacjentów,





|                                                                                   |                                                                 |                                      |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|  | Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                            | Numer PJ 5.1                      |
|                                                                                   |                                                                 | Zgłaszania zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 5<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                   |                                                                 |                                      | Strona 4 z 5                      |

1.4 rodziny pacjentów,

1.5 opiekunów.

**2. Sposób zgłaszania zdarzenia niepożądanego przez osoby spoza personelu:**

2.1 bezpośrednie, ustne skierowane do Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości, który ma obowiązek wypełnienia karty zgłoszenia zdarzenia niepożądanego lub przekazania karty osobie zgłaszającej do wypełnienia – wzór karty stanowi **Załącznik nr PJ 5.1.1** do niniejszej procedury,

2.2 na formularzu karty zgłoszenia zdarzenia niepożądanego – wzór **Załącznik nr PJ 5.1.1** do niniejszej procedury udostępnionego na stronie internetowej Zakładu przekazanego bezpośrednio do Pełnomocnika ds. Jakości, pocztą tradycyjną na adres: SP ZOZ w Kraśniku, ul. Chopina 13, 23-200 Kraśnik lub mailowo: [hchomicka@spzoz.krasnik.pl](mailto:hchomicka@spzoz.krasnik.pl),

2.3 Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości informuje Dyrektora o zgłoszonym zdarzeniu niepożądanym, a następnie przekazuje kartę zgłoszenia do Zespołu ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych

**3. Sposób zgłoszenia zdarzenia niepożądanego przez personel SP ZOZ w Kraśniku:**

3.1 osoba, która stwierdzi wystąpienie zdarzenia niepożądanego, powiadamia o tym fakcie:

3.1.1 bezpośredniego przełożonego oraz kierownika komórki organizacyjnej;

3.1.2 lekarza prowadzącego pacjenta lub lekarza dyżurnego;

3.1.3 Zespół ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych.

3.2 Zawiadomienie Zespołu ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych:

3.2.1 zawiadomienie w formie papierowej - zgodnie z wzorem stanowiącym **Załącznik 5.1.1** do niniejszej procedury- przekazuje się Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości;

3.2.2 Pełnomocnik, o którym mowa w ppkt 4.1 przekazuje informację o zaistniałym incydencie Dyrektorowi i członkom Zespołu ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych.

4. Dane zgłaszającego zdarzenie pozostają do wyłącznej wiadomości Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości, Dyrekcji Zakładu oraz członków Zespołu ds. Analiz Zdarzeń Niepożądanych.

5. Zgłaszający może też pozostać osobą całkowicie anonimową, bez obowiązku ujawnienia swoich danych.

6. Zgłaszanie zdarzeń niepożądanych ma na celu wdrażanie działań naprawczych, bez personalizacji i szukania osób odpowiedzialnych.

7. Na podstawie zgłoszenia zostają wyciągnięte wnioski oraz formułuje się zalecenia o podjęcie konkretnych działań na rzecz zapobieżenia ponownemu wystąpieniu nieprawidłowości.

**8. Wystąpienie zdarzenia niepożądanego, które wystąpiło w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, winno być udokumentowane w dokumentacji medycznej pacjenta, opis obligatoryjnie zawiera:**

8.1 datę zdarzenia,

8.2 godzinę zdarzenia,

8.3 opis zdarzenia,

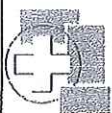
8.4 skutki zdarzenia,

8.5 czynności podjęte wobec pacjenta w związku z zaistniałym incydentem.

**V. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA.**

Kierownicy komórek organizacyjnych w tym lekarze kierujący pracą oddziałów oraz ordynatorzy:



|                                                                                                                                                  |                                              |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Karta zgłoszenia zdarzenia<br>niepożądanego. | Numer PJ 5.1.1                    |
|                                                                                                                                                  |                                              | Wydanie 5<br>z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                  |                                              | Strona 1 z 2                      |

Numer zgłoszenia w rejestrze ..... data wpływu .....

Dane pacjenta .....

PESEL.....Oddział .....

Data zdarzenia.....godzina.....

**Rodzaj zdarzenia niepożądanego:**

**1.dotyczące urządzeń medycznych i wyposażenia:**

- ☐ brak bieżących przeglądów technicznych,
- ☐ brak/ograniczenie dostępności sprzętu,
- ☐ awaria sprzętu,
- ☐ nieczytelny panel aparatu,
- ☐ uszkodzenie ciała powstałe w wyniku wadliwego działania/użytkowania sprzętu,
- ☐ inne.....

**2.dotyczące organizacji pracy personelu medycznego:**

- ☐ niewłaściwy pacjent/ miejsce/ strona/ niewłaściwa procedura operacyjna,
- ☐ zranienie albo zakucie ostrymi narzędziami pacjenta lub personelu w trakcie wykonywania zabiegu,
- ☐ ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
- ☐ uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego,
- ☐ brak oceny ryzyka w kierunku żyłnej choroby zakrzepowo – zatorowej (zakrzepica żył głębokich) przed przystąpieniem do zabiegów i procedur,
- ☐ inne.....

**3. dotyczące leczenia:**

- ☐ błędna diagnoza z uwagi na mylną interpretację wyników badań laboratoryjnych,
- ☐ błędna diagnoza z uwagi na mylny opis badań radiologicznych,
- ☐ błędna diagnoza z uwagi na mylny opis badania histopatologicznego,
- ☐ zlecenie niewłaściwego świadczenia medycznego,
- ☐ niewłaściwa klasyfikacja do świadczenia medycznego,
- ☐ inne.....

**4.dotyczące farmakoterapii:**

- ☐ podanie niewłaściwego leku,
- ☐ podanie niewłaściwej dawki leku,
- ☐ błędne ustalenie dawki leku,
- ☐ błędna identyfikacja pacjenta,
- ☐ niewłaściwy czas podania leku,
- ☐ nieuzasadnione opóźnienie w podaniu leku,
- ☐ nieprawidłowa droga podania leku,
- ☐ nieprawidłowy sposób przygotowania leku (np. niewłaściwy rozpuszczalnik),
- ☐ zdarzenia związane z okresem ważności leku,
- ☐ powikłania po podaniu leku,
- ☐ inne.....

**5.dotyczące hospitalizacji:**

- ☐ mylna identyfikacja pacjenta,
- ☐ niedostarczenie opieki lub opóźnienie w dostarczeniu opieki,
- ☐ odleżyny powstałe w związku z zaniedbaniem opieki,
- ☐ odczynnikowa infekcja łóżyska naczyniowego,
- ☐ upadek pacjenta,
- ☐ zakażenia szpitalne,
- ☐ sepsa,
- ☐ wstrząs anafilaktyczny związany z alergią,





Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki  
Zdrowotnej w Kraśniku

Karta zgłoszenia zdarzenia  
niepożądanego.

Numer PJ 5.1.1

Wydanie 5  
z dnia 12.06.2024 r.

Strona 2 z 2

Numer zgłoszenia w rejestrze ..... data wpływu .....

☐ powikłania poprzetoczeniowe,

☐ inne.....

6. dotyczące zdarzeń niezależnych od personelu:

☐ próba samobójcza,

☐ samobójstwo,

☐ samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala,

☐ korzystanie przez pacjenta z używek i środków odurzających,

☐ niszczenie mienia Zakładu przez pacjenta lub inne osoby,

☐ inne.....

7. dotyczące nieprzestrzegania procedur przez personel:

☐ przeprowadzenie zabiegu lub badania bez podpisania świadomej zgody pacjenta,

☐ udzielenie informacji o stanie zdrowia osobie nieupoważnionej,

☐ udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej,

☐ wykonywanie badań i zabiegów bez pisemnej zgody pacjenta,

☐ nieprzestrzeganie praw pacjenta,

☐ inne.....

Dokładny opis zdarzenia

.....

.....

.....

.....

.....

Skutek zdarzenia

.....

.....

.....

Jakie czynności podjęto w związku ze zdarzeniem (np. badania, konsultacje, przeniesienie na inny oddział)

.....

.....

.....

Proponowane czynności prewencyjne

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć zgłaszającego)



|                                                                                                                                                   |                                      |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                            | Numer PJ 5.1                      |
|                                                                                                                                                   | Zgłaszania zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 5<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                   |                                      | Strona 5 z 5                      |

- mają obowiązek przestrzegania niniejszej procedury,
- są odpowiedzialni za zapoznanie podległego personelu z procedurą oraz udokumentowanie tego faktu,
- są odpowiedzialni za przestrzeganie procedury przez podległy personel.

**Personel SP ZOZ w Kraśniku:**

- ma obowiązek zapoznania się z niniejszą procedurą (każdy pracownik ma obowiązek potwierdzenia własnoręcznym podpisem na rozdzielniku do procedur, fakt zapoznania się z procedurą),
- ma obowiązek przestrzegania zapisów procedury i stosowania ich w praktyce.

**VI. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ**

Procedura PJ 5.2 - Procedura analizy zdarzeń niepożądanych

**VII. ZAŁĄCZNIKI**

Załącznik nr 5.1.1 – Karta zgłoszenia zdarzenia niepożądanego.



The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $f(x)$  defined by the equation  $f(x) = \int_0^x f(t) dt$ . It is shown that  $f(x)$  is a constant function. The second part of the paper is devoted to the study of the properties of the function  $f(x)$  defined by the equation  $f(x) = \int_0^x f(t) dt$ . It is shown that  $f(x)$  is a constant function.



|                                                                                                                                                   |                                   |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                         | Numer PJ 5.2                         |
|                                                                                                                                                   | Analizy zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 4                            |
|                                                                                                                                                   |                                   | Z dnia 12.06.2024 r.<br>Strona 1 z 4 |

|                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Opracował:<br>mgr Honorata Chomicka-Kruk<br>Pełnomocnik Dyrektora<br>ds. Jakości<br><i>Honorata Chomicka-Kruk</i><br>mgr Honorata Chomicka-Kruk | Sprawdził:<br>lek. Piotr Krawiec<br>11.06.2024 r.<br>Z-ca Dyrektora ds. Medycznych<br>Samodzielnego Publicznego Zakładu<br>Opieki Zdrowotnej w Kraśniku<br><i>lek. Piotr Krawiec</i> | Zatwierdził do stosowania:<br>Dyrektor<br>mgr Maria Słota<br>12.06.2024 r.<br>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku<br><i>mgr Maria Słota</i> |
| Nazwisko i imię      Data      Podpis                                                                                                           | Nazwisko i imię      Data      Podpis                                                                                                                                                | Nazwisko i imię      Data      Podpis                                                                                                                             |

| Zweryfikował (imię, nazwisko) | Data              | Podpis                                                                                      |
|-------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>mgr. Diana Kozakiewicz</i> | <i>11.06.2024</i> | Uzgodniono pod względem<br>formalno-prawnym<br>RADCA PRAWNY<br><i>Diana Kozakiewicz-Lis</i> |
| <i>Honorata Chomicka-Kruk</i> | <i>18.06.2025</i> |                                                                                             |
|                               |                   |                                                                                             |

I. CEL I PRZEDMIOT PROCEDURY.....str. 2

II. TERMINOLOGIA.....str. 2

III. ZAKRES STOSOWANIA PROCEDURY.....str. 2

IV. SPOSÓB POSTĘPOWANIA.....str. 2

V. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA.....str. 4

VI. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ.....str. 4

|                                                                                                                                                   |                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                         | Numer PJ 5.2                      |
|                                                                                                                                                   | Analizy zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 4<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                   |                                   | Strona 2 z 4                      |

### **I.CEL I PRZEDMIOT PROCEDURY.**

Procedura analizy zdarzeń niepożądanych zaistniałych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych jest jednym z elementów Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kraśniku.

Celem procedury jest poprawa bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych poprzez identyfikację sytuacji i okoliczności, które są zagrożeniami dla pacjenta oraz wdrożenie działań mających na celu zapobieganie tym zagrożeniom w przyszłości lub ich kontrolę, w szczególności: określenie zasad przeprowadzania analizy przyczyn zdarzenia niepożądanego, z wyszczególnieniem, jakiego typu zdarzenia wymagają analizy źródłowej, w skład której wchodzi:

- 1.1 gromadzenie danych i informacji o zdarzeniu,
- 1.2 mapowanie danych i informacji,
- 1.3 identyfikacja problemów,
- 1.4 analizowanie problemów,
- 1.5 ustalenie przyczyn źródłowych zdarzenia,
- 1.6 wydanie zaleceń i raport;

### **II.TERMINOLOGIA.**

**Analiza przyczyn źródłowych** to proces wyjaśniania przyczyn wystąpienia zdarzenia niepożądanego oraz okoliczności, których wystąpienie mogło mieć wpływ na jego wystąpienie. W ramach analizy przyczyn źródłowych nie dokonuje się oceny winy i odpowiedzialności osób, które uczestniczyły w zdarzeniu niepożądanym. Ma ona na celu:

- 1.zebranie informacji o zidentyfikowanych przyczynach i okolicznościach wystąpienia zdarzenia niepożądanego, uczestnikach tego zdarzenia oraz jego konsekwencjach dla uczestników;
- 2.przeprowadzenie analizy informacji, o których mowa w pkt 1, oraz sformułowaniu na jej podstawie wniosków;
- 3.sformułowanie zaleceń podjęcia działań na rzecz poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zapobieżenie ponownemu wystąpieniu zdarzenia niepożądanego.

**Dyrektor** – dyrektor SP ZOZ w Kraśniku.

**Zespół** - Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych.

### **III.SPOSÓB POSTĘPOWANIA**

1. Zarządzeniem Dyrektora powołuje się Zespół ds. Zdarzeń Niepożądanych.
2. Zespół przeprowadza analizę zgłoszonych zdarzeń niepożądanych w oparciu o złożone karty zgłoszeń oraz dokumentację medyczną.
3. W razie potrzeby Zespół, może pogłębić analizę danego zdarzenia - przesłuchać świadków, zażądać dodatkowej dokumentacji dotyczącej zdarzenia lub opinii/wyjaśnień osoby kierującej pracą danej komórki organizacyjnej.
4. Po przeprowadzonej analizie Zespół kwalifikuje zdarzenie do jednej z kategorii ryzyka związanego z jakością i bezpieczeństwem, na podstawie matrycy oceny bezpieczeństwa SAC:





|                                                                                   |                                                                 |                                   |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
|  | Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                         | Numer PJ 5.2                         |
|                                                                                   |                                                                 | Analizy zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 4                            |
|                                                                                   |                                                                 |                                   | Z dnia 12.06.2024 r.<br>Strona 3 z 4 |

| Matryca oceny bezpieczeństwa SAC |                | Ciężkość zdarzenia |         |             |        |
|----------------------------------|----------------|--------------------|---------|-------------|--------|
|                                  |                | Bardzo ciężkie     | Ciężkie | Umiarkowane | Lekkie |
| Prawdopodobieństwo               | Częste         |                    |         | 2           | 1      |
|                                  | Sporadyczne    |                    | 2       | 1           | 1      |
|                                  | Rzadkie        |                    | 2       | 1           | 1      |
|                                  | Bardzo rzadkie |                    | 2       | 1           | 1      |

Rys. 1 Matryca oceny bezpieczeństwa SAC

5. Kategorię ryzyka dla danego zdarzenia niepożądanego określa się według skali punktowej:
  - 5.1 **3 punkty - wysokie ryzyko** - zdarzenie niepożądane spełniające kryteria zdarzenia bardzo ciężkiego oraz zdarzenia ciężkiego i częstego, zgodnie z kryteriami oraz oceną prawdopodobieństwa,
  - 5.2 **2 punkty - średnie ryzyko** - zdarzenie niepożądane ciężkie i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia umiarkowane i częste,
  - 5.3 **1 punkt - małe ryzyko** - zdarzenie niepożądane umiarkowane i sporadyczne albo rzadkie albo bardzo rzadkie oraz zdarzenia lekkie.
6. Zdarzenia niepożądane ocenia się pod względem stopnia ciężkości według poniższych kryteriów:
  - 6.1 zdarzenie **bardzo ciężkie** obejmuje:
    - 6.1.1 zgon albo
    - 6.1.2 znaczne i trwałe uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące utratą lub upośledzeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane ze schorzeniami stanowiącymi podstawę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stanem zdrowia pacjenta;
  - 6.2 zdarzenie **ciężkie** obejmuje:
    - 6.2.1 znaczne uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, skutkujące czasowym ograniczeniem funkcji czuciowej, ruchowej, fizjologicznej lub intelektualnej, niezwiązane z podstawowym schorzeniem lub stanem zdrowia pacjenta lub
    - 6.2.2 przeniesienie na oddział intensywnej terapii, stacji dializ lub oddział albo salę intensywnego nadzoru, lub
    - 6.2.3 konieczność zastosowania interwencji chirurgicznej;
  - 6.3 zdarzenie **umiarkowane** obejmuje:
    - 6.3.1 przedłużony czas pobytu w podmiocie leczniczym lub
    - 6.3.2 pogorszenie stanu zdrowia pacjenta skutkujące koniecznością przeniesienia na wyższy poziom opieki;
  - 6.4 zdarzenie **lekkie** obejmuje zdarzenia inne niż określone w pkt 5.1, 5.2, 5.3, niepowodujące uszczerbku na zdrowiu.
7. Zdarzenia niepożądane ocenia się według stopnia prawdopodobieństwa ich wystąpienia jako:
  - 7.1 **częste** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi kilka razy w ciągu roku,
  - 7.2 **sporadyczne** – zdarzenie prawdopodobnie wystąpi raz lub dwa razy w roku,
  - 7.3 **rzadkie** – możliwe, że zdarzenie wystąpi raz na dwa lata,
  - 7.4 **bardzo rzadkie** – bardzo małe prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, rzadziej niż raz na dwa lata.
8. Po dokonanej analizie i kwalifikacji w matrycy SAC Zespół:
  - 8.1 dokonuje mapowania zdarzeń,

*DP*



|                                                                                                                                                   |                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|  Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                         | Numer PJ 5.2                      |
|                                                                                                                                                   | Analizy zdarzeń<br>niepożądanych. | Wydanie 4<br>Z dnia 12.06.2024 r. |
|                                                                                                                                                   |                                   | Strona 4 z 4                      |

- 8.2 gromadzi informacje celem uzyskania większych ilości danych umożliwiających maksymalne zrozumienie problemów, które doprowadziły do szkody (lub ryzyka szkody),
- 8.3 określa działania zapobiegające (lub zmniejszające ryzyko) podobnemu zdarzeniu w przyszłości,
- 8.4 określa konieczność wprowadzenia działań edukacyjnych lub szkoleń,
- 8.5 przedstawia swoje wnioski personelowi,
- 8.6 wydaje zalecenia,
- 8.7 sporządza raport.

#### **IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA.**

**Kierownicy komórek organizacyjnych w tym lekarze kierujący pracą oddziałów oraz ordynatorzy:**

- mają obowiązek przestrzegania niniejszej procedury,
- są odpowiedzialni za zapoznanie podległego personelu z procedurą oraz udokumentowanie tego faktu,
- są odpowiedzialni za przestrzeganie procedury przez podległy personel.

**Personel SP ZOZ w Kraśniku:**

- ma obowiązek zapoznania się z niniejszą procedurą (każdy pracownik ma obowiązek potwierdzenia własnoręcznym podpisem na rozdzielniku do procedur, fakt zapoznania się z procedurą),
- ma obowiązek przestrzegania zapisów procedury i stosowania ich w praktyce.

#### **V. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ**

**Procedura PJ 5.1 - Procedura zgłaszania zdarzeń niepożądanych.**

|                                                                                   |                                                                 |                         |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|
|  | Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura               | Numer BP 2                        |
|                                                                                   |                                                                 | Identyfikacji Pacjentów | Wydanie 1<br>Z dnia 18.06.2025 r. |
|                                                                                   |                                                                 |                         | Strona 1 z 3                      |

|                                                            |      |        |                                                        |      |        |                                                                                   |      |        |
|------------------------------------------------------------|------|--------|--------------------------------------------------------|------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|--------|
| Opracował:<br><i>mgr Agnieszka Dziewa</i><br>17.06.2025 r. |      |        | Sprawdził:<br>lek. Tomasz Kwiatkowski<br>18.06.2025 r. |      |        | Zatwierdził do stosowania:<br>Dyrektor<br><i>mgr Maria Słota</i><br>18.06.2025 r. |      |        |
| Nazwisko i imię                                            | Data | Podpis | Nazwisko i imię                                        | Data | Podpis | Nazwisko i imię                                                                   | Data | Podpis |

| Zweryfikował (imię, nazwisko) | Data | Podpis |
|-------------------------------|------|--------|
|                               |      |        |
|                               |      |        |
|                               |      |        |

I. CEL I PRZEDMIOT PROCEDURY.....str. 2

II. TERMINOLOGIA.....str. 2

III. ZAKRES STOSOWANIA PROCEDURY.....str. 2

IV. SPOSÓB POSTĘPOWANIA.....str. 2

V. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ.....str. 3

VI. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA.....str. 3



|                                                                                   |                                                                 |                                |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
|  | Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                      | Numer BP 2                        |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Identyfikacji Pacjentów</b> | Wydanie 1<br>Z dnia 18.06.2025 r. |
|                                                                                   |                                                                 |                                | Strona 2 z 3                      |

## I. CEL I PRZEDMIOT PROCEDURY

Celem procedury jest zapewnienie, że zabieg zostanie wykonany u właściwej osoby oraz uniknięcie pomyłek, np. dotyczących strony operowanej, itp.

Przedmiot procedury stanowi opis postępowania oraz określenie personelu odpowiadającego za jej prawidłowe przeprowadzenie.

## II. TERMINOLOGIA

**Znak identyfikacyjny** - jest specjalnym oznaczeniem pacjenta w celu ustalenia tożsamości pacjenta w trakcie pobytu w szpitalu.

## III. ZAKRES STOSOWANIA

Procedura dotyczy personelu medycznego SP ZOZ w Kraśniku.

## IV. SPOSÓB POSTĘPOWANIA

**1. Każdy pacjent zaopatrywany jest w opaskę identyfikacyjną, założoną na nadgarstek, zawierającą:**

- 1.1 inicjały pacjenta,
- 1.2 data urodzenia,
- 1.3 numer książki głównej,
- 1.4 nazwa oddziału.

**2. Identyfikacja rutynowa (obowiązuje przy KAŻDEJ czynności diagnostycznej, terapeutycznej, pielęgnacyjnej):**

- 2.1 podejść do pacjenta i upewnić się, że jest przytomny,
- 2.2 poprosić pacjenta, aby podał swoje dane:
  - 2.2.1. imię i nazwisko,
  - 2.2.2. datę urodzenia (*pacjent nie może tylko potwierdzić danych podanych przez personel – musi je samodzielnie wypowiedzieć*);
- 2.3 sprawdzić zgodność podanych danych z dokumentacją i opaską identyfikacyjną. - zweryfikuj co najmniej dwa identyfikatory (np. imię i nazwisko + data urodzenia lub imię i nazwisko + numer historii choroby).

**3. Identyfikacja w sytuacjach szczególnych**

**3.1 Pacjent nieprzytomny / w śpiączce / bez dokumentów - zakładamy opaskę identyfikacyjną z napisem: NN numer książki głównej, rok, datę i godzinę przyjęcia, wygląd zewnętrzny, znaki szczególne**

- 3.1.1 numer nadawany jest automatycznie przez system szpitalny,
- 3.1.2 dane zostają uzupełnione w dokumentacji w momencie ustalenia tożsamości.

**3.2 Pacjenci z tym samym lub podobnym imieniem i nazwiskiem**

- 3.2.1 w dokumentacji, na opasce i przy łóżku stosujemy dodatkowy element różnicujący (np. pełna data urodzenia, drugie imię, imię ojca).
- 3.2.2 zawsze powtarzamy dwa identyfikatory przed wykonaniem procedury.

**3.3 Identyfikacja dzieci**

- 3.3.1 w przypadku noworodka opaskę ze znakiem identyfikacyjnym zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, w okolicy kostki obu kończyn dolnych albo na nadgarstek i w okolicy kostki kończyny dolnej,
- 3.3.2 w przypadku gdy założenie opaski ze znakiem identyfikacyjnym dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób określony w pkt. 3.3.1 nie jest możliwe, za zgodą matki lub innej osoby bliskiej, lub opiekuna faktycznego wykonuje się zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny i umieszcza się to zdjęcie w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze,



|                                                                                   |                                                                 |                                |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
|  | Samodzielny Publiczny<br>Zakład Opieki<br>Zdrowotnej w Kraśniku | Procedura                      | Numer BP 2           |
|                                                                                   |                                                                 | <b>Identyfikacji Pacjentów</b> | Wydanie 1            |
|                                                                                   |                                                                 |                                | Z dnia 18.06.2025 r. |
|                                                                                   |                                                                 |                                | Strona 3 z 3         |

3.3.3 W przypadku braku zgody, o której mowa w pkt. 3.3.2, na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym.

**4. Oznakowanie pacjentów zwiększonego ryzyka - dodatkowo stosuje się opaski kolorowe zgodne z kodem przyjętym w szpitalu:**

4.1 czerwona opaska – pacjent z wysokim ryzykiem upadku,

4.2 żółta opaska – pacjent z średnim ryzykiem upadku

5. W przypadku pacjentów z niedożywieniem i/lub zagrożeniem odleżyną i/lub odleżyną stosuje się specjalne oznaczenia w dokumentacji pacjenta w systemie KS-MEDIS – specjalny znak uwaga.

**6. Identyfikacja przed procedurami medycznymi**

**6.1 Przed KAŻDYM:**

6.1.1 podaniem leku,

6.1.2 pobraniem materiału biologicznego,

6.1.3 transportem na badanie lub zabieg,

6.1.4 transfuzją krwi i preparatów krwiopochodnych,

**6.2 należy:**

6.2.1 Zweryfikować dwa identyfikatory pacjenta (np. imię i nazwisko + data urodzenia).

6.2.2 Sprawdzić zgodność danych na opasce, dokumentacji i karcie zleceń,

6.2.3 w przypadku krwi / preparatów krwiopochodnych – obowiązkowo dodatkowa weryfikacja zgodnie z procedurą transfuzji (podwójna kontrola przez dwie osoby).

**7. Dokumentacja**

7.1 W przypadku pacjentów „NN” wpisuje się numer księgi głównej, rok, datę i godzinę przyjęcia

7.2 Wszelkie nieprawidłowości (np. brak opaski, uszkodzona opaska, brak zgodności danych) są odnotowywane w raporcie pielęgniarstka, a pacjentowi zakładana jest nowa opaska.

7.3 Przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, a w przypadku, gdy założenie opaski ze znakiem identyfikacyjnym dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób określony w 3.3.1, na zdjęciu dziecka, ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę ze znakiem identyfikacyjnym albo zdjęcie wydaje się pacjentowi albo jego matce lub innej osobie bliskiej, lub opiekunowi faktycznemu.

7.4 W przypadku, o którym mowa w pkt 3.3.1, drugą opaskę ze znakiem identyfikacyjnym dołącza się do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

7.5 Adnotacji o dokonaniu czynności, o których mowa w pkt 7.3 i 7.4, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

**V. DOKUMENTY ZWIĄZANE Z PROCEDURĄ**

Procedura BP 3 - Postępowanie zapobiegawcze - minimalizacja ryzyka wykonanych zabiegów

**VI. ODPOWIEDZIALNOŚĆ I UPRAWNIENIA**

**Kierownicy komórek organizacyjnych Szpitala SP ZOZ w Kraśniku:**

- mają obowiązek przestrzegania niniejszej procedury,
- są odpowiedzialni za zapoznanie podległego personelu z procedurą oraz udokumentowanie tego faktu,
- są odpowiedzialni za przestrzeganie procedury przez podległy personel.

**Personel komórek organizacyjnych SP ZOZ w Kraśniku:**

- ma obowiązek zapoznania się z niniejszą procedurą (personel ma obowiązek potwierdzenia własnoręcznym podpisem na rozdzielniku do procedur znajdującym się w danej komórce organizacyjnej, fakt zapoznania się z procedurą),
- ma obowiązek przestrzegania zapisów procedury i stosowania ich w praktyce.





# OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST



## Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: ☐ planowy ☐ przyspieszony  
☐ nagły-natychmiast. ☐ pilny

### Potwierdzono:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

### Oznaczono miejsce operowane

☐ Tak ☐ Nie

### Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

### Zapewniono monitorowanie:

- EKG\*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi\*
- kapnometrii\*

### Alergie:

☐ Tak (jakie?.....) ☐ Nie

### Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc

☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt  
☐ Nie

### Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci

☐ Tak, zabezpieczono płynny i preparaty krwiotropowe  
☐ Nie

### IMIĘ:

### NAZWISKO:

### DATA OPERACJI:

### ODDZIAŁ / KS.GŁ:

DANE PACJENTA

## Przed nacięciem

ODLICZANIE

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego znają wzajemnie swoją tożsamość i funkcje

☐ Tak ☐ Nie

Jeśli nie - wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji

☐ Tak ☐ Nie

☐ Operator, anesteziolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną

☐ Właściwe ułożenie pacjenta

☐ Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu operacji, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed operacją

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową\*

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina

Przygotowano wyniki badań obrazowych  
☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

**STOP!**

PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

## Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:

☐ nazwę procedury wykonanej

☐ zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie operacji\*

☐ Tak ☐ Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne

☐ Tak ☐ Nie

Operator i anesteziolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym

☐ Tak ☐ Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne\*

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału albo sali pooperacyjnej\*

☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty



