

ZGŁOSZENIE ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH (załącznik 14 WSZJ)

Zgłaszający:

.....

☐ ANONIMOWO

Proszę wybrać zdarzenie niepożądane, które zaistniało podczas rehabilitacji domowej:

- ☐ Upadek pacjenta
- ☐ Pogorszenie stanu zdrowia
- ☐ Reakcje alergiczne lub niepożądane na stosowane preparaty
- ☐ Brak odpowiedniego sprzętu lub jego awaria
- ☐ Infekcje lub zakażenia
- ☐ Niewłaściwe prowadzenie dokumentacji
- ☐ Komunikacyjne problemy między terapeutą a pacjentem lub rodziną
- ☐ Nieadekwatna reakcja na nagłe pogorszenie stanu zdrowia pacjenta
- ☐ Uszkodzenie mienia pacjenta
- ☐ Niewłaściwe postępowanie ze strony personelu
- ☐ Zdarzenia związane z transportem terapeuty (opóźnienia związane z dojazdem, które mogą wpłynąć na jakość świadczeń, a w skrajnych przypadkach na zdrowie pacjenta)
- ☐ Niewłaściwe przeprowadzenie ćwiczeń rehabilitacyjnych
- ☐ Błędy w ocenie warunków domowych (np. poprzez brak odpowiedniej przestrzeni do ćwiczeń, obecność przeszkód czy niewystarczające oświetlenie)

☐ Inne.....
.....

Proszę opisać zaistniałe zdarzenie niepożądane:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data i podpis przyjmującego zgłoszenie