

	FORMULARZ	PO-10/F-01
	KARTA ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO	Wersja I
		Strona 1 z 4

CZEŚĆ I: ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

Data i godzina zdarzenia	
Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL pacjenta	
Nazwa komórki organizacyjnej, w której doszło do ZN	
Opis ZN, w tym opis skutków, jakie poniósł pacjent	
Prawdopodobna przyczyna zdarzenia niepożądanego	
Opis podjętych działań w związku z wystąpieniem zdarzenia: zastosowanych czynności prewencyjnych / terapeutycznych	

**Imię i nazwisko oraz
podpis osoby zgłaszającej
ZN (nieobowiązkowe)**