**Formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego**

Dane osoby zgłaszającej:
Imię i Nazwisko (dobrowolnie)
……..…….
Kategoria osoby zgłaszającej (należy zaznaczyć X przy wybranej kategorii)

❑ osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych

❑ osoba biorąca udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (stanowisko……

❑ świadek zdarzenia niepożądanego

❑ pacjent

❑ rodzina pacjenta lub opiekun :

dane pacjenta: Płeć (K/M)…… Nr PESEL ……..……..……

Data wystąpienie zdarzenia niepożądanego ……..……(DD/MM/RRRR)

Miejsce wystąpienia zdarzenia niepożądanego……..……

Opis zdarzenia niepożądanego :
……
……
……
……
……
……
……
……

……..
Data zgłoszenia