

OLDALTÉVESZTÉS VAGY MÁS TESTRÉSZEN TÖRTÉNT BEAVATKOZÁS JELENTŐLAPJA V1

Oldaltévesztés vagy más testrészén/ szervén történő beavatkozás vagy vizsgálat: jól azonosított beteg nem megfelelő testrészén, anatómiai képletén vagy oldalán elvégzett beavatkozás vagy eszközös vizsgálat.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Osztály azonosítója*** _____

Az esemény azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosítói a NEVES elektronikus felületén automatikusan generált kódok. Papír alapú adatgyűjtés esetén használható belső azonosítási rendszer, vagy a program által adott kódok. Utóbbi esetben az esemény azonosítója utólagosan, az elektronikus adatrögzítés alkalmával rögzíthető a papíron.

1. Az eseményt elszenvedő személy jellemzői

1.1. Életkor (életév): _____ **1.2. Nem*** Férfi Nő

1.3. A beteg funkcionális jellemzői* (több is jelölhető)

- | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beszédközpont | <input type="checkbox"/> Inkontinencia | <input type="checkbox"/> Magyarul nem beszélő beteg | <input type="checkbox"/> Pszichés betegség |
| <input type="checkbox"/> Egyensúlyzavar | <input type="checkbox"/> Jelentős testi deformitás (pl. túlsúly) | <input type="checkbox"/> Mozgáskorlátozottság | <input type="checkbox"/> Tanulási nehézség |
| <input type="checkbox"/> Érzékszervi zavar | <input type="checkbox"/> Látászavar | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Tudatzavar |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | <input type="checkbox"/> Hallászavar | <input type="checkbox"/> Nincs | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2. A beteg ellátásáért felelős osztályok/részlegek jellemzői
2.1. A beteg ellátásáért felelős egység jellemzői

2.1.1. A beteg ellátásáért felelős egység* (a beavatkozás, vizsgálat elrendelője)

- | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktív osztály | <input type="checkbox"/> Egynapos ellátás | <input type="checkbox"/> Műtő | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs |
| <input type="checkbox"/> Ápolási/krónikus osztály | <input type="checkbox"/> Járóbeteg | <input type="checkbox"/> Nappali kórház | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.1.2. A beteg ellátásáért felelős egységben van-e szabályozás a szerv, oldal azonosítására a beavatkozás/ vizsgálat megkezdése előtti időszakban?*

- Igen Nem Nem ismert

2.1.3. A beavatkozást/ vizsgálatot a beteg ellátásáért felelős egységben végezték?*

- Igen Nem Nem ismert

2.2. A beavatkozást végző egység jellemzői

2.2.1. A beavatkozást, vizsgálatot végző egység jellemzői*

- | | | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktív osztály | <input type="checkbox"/> Egynapos ellátás | <input type="checkbox"/> Műtő | <input type="checkbox"/> Rehabilitációs |
| <input type="checkbox"/> Ápolási/krónikus osztály | <input type="checkbox"/> Járóbeteg | <input type="checkbox"/> Nappali kórház | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.2.2. A beavatkozást, vizsgálatot végző egység/ helyszín szakterülete*

(Műtétes pl: általános sebészet, érsebészet, szívsebészet, idegsebészet, traumatológia, ortopédia, fül-orr-gégészet, szemészet, szájszabászat, szülészet-nőgyógyászat)

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aneszteziológia | <input type="checkbox"/> Dialízis | <input type="checkbox"/> Műtétes | <input type="checkbox"/> Sugárterápia |
| <input type="checkbox"/> Belgyógyászat | <input type="checkbox"/> Geriátria | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Sürgősségi |
| <input type="checkbox"/> Csecsemő és gyermekgyógyászat | <input type="checkbox"/> ITO | <input type="checkbox"/> Patológia | <input type="checkbox"/> Vérellátó |
| <input type="checkbox"/> Laboratórium | <input type="checkbox"/> Radiológia | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ | |

2.2.3. A betegellátás az esemény megtörténtekor a szokásos létszámmal történt? *

- Igen Kevesebb dolgozóval Nem ismert Több dolgozóval

2.2.4. Van a beavatkozást végző egységben a beavatkozásban érintett testrész, oldal azonosítására vonatkozó szabályozás? *

- Igen Nem Nem ismert

2.2.5. Van a beavatkozást végző egységben szabályozás a beavatkozásra kerülő testrész előkészítésére? *

- Igen Nem Nem ismert

2.2.6. Használnak a beavatkozást végző egységben (és/ vagy a műtőben) ellenőrző listát, amely a testrész, ill. az oldal megerősítésére is kitér?*

- Igen Nem Nem ismert

3. Az esemény leírása

3.1. Milyen típusú tévesztés történt?* Oldalcseré Szervcseré

3.2. A vizsgálat/ beavatkozáshoz képest mikor észlelték a tévesztést?*

- Előtte Közben Utána

3.3. Amennyiben a tévesztést a vizsgálat/ beavatkozás megkezdése előtt észlelték, ez hogyan történt?

3.4. A beteg felvételének dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.5.1. Ha megkezdtek, a beavatkozás/ vizsgálat dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.5.2. Ha megkezdtek, a beavatkozás/ vizsgálat ideje (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.6. Az esemény észlelésének dátuma* (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.7. Az esemény napja* Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.8. Az esemény ideje* Nappal Nem ismert Ügyeletben

3.9. A csere észlelésének helye*

A beavatkozást/ vizsgálatot végző egység (ha az nem a beteg ellátásáért felelős egység) A beteg ellátásáért felelős egység Más helyszín Nem ismert

3.10. Ki nyerte el a tájékozott beleegyezést a beavatkozás/ vizsgálat előtt?*

A beavatkozást végző személy Más személy Nem értelmezhető Nem ismert

3.11. A vizsgálat/ beavatkozás előtt megerősítették az oldal/ szerv helyességét? *

Igen Nem Nem ismert

3.12. Ha az oldal/ szerv helyességét vizsgálat/ beavatkozás előtt megerősítették, akkor ennek módja?* (több is jelölhető)

Betegen jelölővel Csekklistával Nem ismert Szóban

3.13. Ki erősítette meg az oldal/ szerv helyességét a műtét/ beavatkozás/ vizsgálat előtt?* (több is jelölhető)

Altatóorvos Más szakember Radiológus Senki

Beteg Nem ismert Sebész

3.14. Amennyiben megkezdődött, éber volt a beteg a műtét/ beavatkozás/ vizsgálat idején?

Igen Nem Nem ismert

3.15. Mely tényezők járulhattak hozzá az esemény kialakulásához?* (több is jelölhető)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A szerv nem egyértelmű meghatározása | <input type="checkbox"/> Kézzel írott dokumentáció | <input type="checkbox"/> Pszichiátriai beteg |
| <input type="checkbox"/> Adminisztrációs rendszer hibája | <input type="checkbox"/> Kiskorú beteg | <input type="checkbox"/> Szóbeli utasítás |
| <input type="checkbox"/> Előkészítést megzavarták | <input type="checkbox"/> Leterheltség | <input type="checkbox"/> Testi deformitással, fizikai fogyatékossgal élő beteg |
| <input type="checkbox"/> Figyelmetlenség | <input type="checkbox"/> Megzavart betegátadási folyamat | <input type="checkbox"/> Téves oldaljelölés a betegen vagy a leleten |
| <input type="checkbox"/> Hiányos rendelésfeladás | <input type="checkbox"/> Nem kooperáló beteg | <input type="checkbox"/> Téves rendelésfeladás |
| <input type="checkbox"/> Idegen ajkú beteg | <input type="checkbox"/> Oldaljelölés hiánya | <input type="checkbox"/> Zsúfoltság |
| <input type="checkbox"/> Késések, időhiány | <input type="checkbox"/> Olvashatatlan dokumentáció | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Premedikált beteg | |

4. Az esemény következményei

4.1. Milyen mértékű károsodást szenvedett a beteg? *

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A beteg elhunyt (a betegbiztonsági incidens következtében) | <input type="checkbox"/> Közepes (rövid ideig fennálló károsodás – további kezelési igény, vagy beavatkozás szükségessége) | <input type="checkbox"/> Súlyos (maradandó, vagy hosszútávon fennálló károsodás) |
| <input type="checkbox"/> Enyhe (minimális károsodás – a beteg fokozott megfigyelést, hosszabb kezelést igényelt) | <input type="checkbox"/> Nem történt sérülés | |

4.2. Milyen hatása volt az esetnek a betegre? *

Anyagi Fizikai Lelki Semmi Szociális

4.3. Amennyiben fizikai hatása volt, akkor az alábbiak közül melyeket észlelték?* (több is jelölhető)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ájulás/ eszméletvesztés | <input type="checkbox"/> Gyomor-bél panaszok (hányinger, hányás, hasmenés) | <input type="checkbox"/> Nem tervezett szövet vagy szervpunkció |
| <input type="checkbox"/> Allergia | <input type="checkbox"/> Halál | <input type="checkbox"/> Neurológiai |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Hypotermia (<35°C) | <input type="checkbox"/> Váratlan állapotromlás |
| <input type="checkbox"/> Bőr/ szöveti sérülés (nyomási fekély) | <input type="checkbox"/> Láz (>38°C) | <input type="checkbox"/> Váz-, izomrendszeri |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | <input type="checkbox"/> Légzőrendszeri (fulladás, aspiráció) | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Fertőzés | <input type="checkbox"/> Nem ismert | |
| <input type="checkbox"/> Folyadék/ vérvesztés | | |

4.4. Az esemény miatt szükségessé vált-e az alábbiak valamelyike?* (több is jelölhető)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A tervezettnél hosszabb fekvőbeteg ellátás | <input type="checkbox"/> Nem tervezett újabb fekvőbeteg ellátás | <input type="checkbox"/> Vizsgálat/ beavatkozás elhalasztása |
| <input type="checkbox"/> Áthelyezés más egységbe | <input type="checkbox"/> Tartós megfigyelés | <input type="checkbox"/> Vizsgálat/ beavatkozás megisméltése |
| <input type="checkbox"/> Áthelyezés más intézménybe | <input type="checkbox"/> Terápia módosítása | <input type="checkbox"/> Vizsgálat/ beavatkozás törlése |
| <input type="checkbox"/> Egyik sem | <input type="checkbox"/> Új beavatkozás indikálása | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Konzultáció más szakmával | <input type="checkbox"/> Új gyógyszeres kezelés | |
| | <input type="checkbox"/> Új vizsgálat(ok) indikálása | |

4.5. Az esemény következtében szükséges beavatkozás/ vizsgálat

(pl. szakorvosi ellátás, kontroll- és laborvizsgálatok, terápiamódosítás)

5. Az esemény részletes leírása

5.1. Az esemény és a körülmények részletes leírása, beleértve az eddig nem azonosított fontos körülményeket

5.2. Véleménye szerint mely tényezők vezethettek az esemény kialakulásához?* (több is jelölhető)

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beteg tényezők (pl. klinikai állapot, szociális/ fizikai/ pszichés tényezők, kapcsolati tényezők) | <input type="checkbox"/> Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/ túlzott adminisztráció, fizikai környezet, túlzott munkaterhelés vagy túlmunka, időnyomás) |
| <input type="checkbox"/> Csapat és szociális tényezők (pl. szerep- és feladat meghatározás, vezetési, szervezeti, kulturális tényezők) | <input type="checkbox"/> Munkával kapcsolatos tényezők (pl. protokollok, szabályozók, folyamatleírások hozzáférhetősége) |
| <input type="checkbox"/> Érvényes szabályozóktól való eltérés (véletlenül, tudáshiány miatt, szándékosan) | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. betegazonosító karszalag, számítógépek hozzáférhetősége, "check lista" használatának bonyolultsága) | <input type="checkbox"/> Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. szakmai tapasztalat mértéke, a gyakorlati oktatás hozzáférhetősége) |
| <input type="checkbox"/> Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (pl. ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez) | <input type="checkbox"/> Szervezeti és stratégiai tényezők (pl. szervezeti struktúra, szerződő fél/ ügynökség alkalmazása, szervezeti kultúra) |
| <input type="checkbox"/> Kommunikációs tényezők (pl. egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/vagy non-verbális kommunikáció) | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

5.3. Amennyiben az előző kérdésben felsorolt tényezők valamelyike szerepet játszott az esemény kialakulásában, kérjük, valamennyit részletezze az alábbiakban

5.4. Véleménye szerint milyen intézkedésekkel lehetett volna az eseményt megelőzni?

(szervezési, adminisztratív intézkedések, munkakörülmények javítása, munkavédelmi szabályok betartása)

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hó, nap): _____ / _____ / _____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) képzettsége: _____