

A NEVES JELENTÉSI RENDSZER BETEGCSERE ADATLAPJA V1

Betegcsere: ha valamely vizsgálat, beavatkozás, gyógyszerelés, egyéb terápiás tevékenység, diéta adása vagy egyéb egészségügyi szolgáltatás nem a megfelelő beteg számára történik.

Az oldaltévesztéssel, leletcserével és a nem betegcserével összefüggő gyógyszereléssel kapcsolatos nem várt események jelentéséhez kérjük, használja az azokhoz kifejlesztett jelentőlapokat.

Adatszolgáltató intézmény* _____ **Az esemény azonosítója*** _____

Osztály azonosítója* _____

Az intézmény, az osztály és az esemény azonosító 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. Az eseményt elszenvedő személy jellemzői

1.1.1. Életkor (életév): _____

1.1.2. Beteg neme* Férfi Nő

1.3. A beteg ismert jellemzői*? (több is jelölhető)

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beszédzavar | <input type="checkbox"/> Hallászavar | <input type="checkbox"/> Nincs | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Egyensúlyzavar | <input type="checkbox"/> Inkontinencia | <input type="checkbox"/> Pszichés betegség | |
| <input type="checkbox"/> Érzészavar | <input type="checkbox"/> Látászavar | <input type="checkbox"/> Tanulási nehézség | |
| <input type="checkbox"/> Fájdalom | <input type="checkbox"/> Mozgáskorlátozottság | <input type="checkbox"/> Tudatzavar | |

2. Az esemény idején a beteg ellátásáért felelős szervezeti egység jellemzői

2.1. Milyen egységben történt a beteg ellátása*?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <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. Milyen szakterületen dolgozó részlegben történt az esemény*?

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aneszteziológia | <input type="checkbox"/> Diagnosztikai | <input type="checkbox"/> Laboratórium | <input type="checkbox"/> Rehabilitáció |
| <input type="checkbox"/> Belgyógyászat | <input type="checkbox"/> Dialízis | <input type="checkbox"/> Műtétes | <input type="checkbox"/> Sürgősségi |
| <input type="checkbox"/> Csecsemő és gyermekgyógyászat | <input type="checkbox"/> Geriátria | <input type="checkbox"/> Patológia | <input type="checkbox"/> Vérellátó |
| | <input type="checkbox"/> Intenzív osztály | <input type="checkbox"/> Radiológia | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

2.3. Van az egységben a betegazonosítással kapcsolatos szabályozás*?

- Igen Nem Nem ismert

2.4. A betegazonosításhoz szükséges eszközök, felszerelések rendelkezésre állnak*? (karszalag, számítástechnikai háttér, fotó, stb.)

- Igen Nem Nem ismert

3. Az esemény leírása

3.1. A más beteg részére elrendelt/ elvégzett egészségügyi szolgáltatás típusa*

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnosztikai tevékenység | <input type="checkbox"/> Egyéb egészségügyi szolgáltatás | <input type="checkbox"/> Gyógyszeres terápia | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diéta | <input type="checkbox"/> Egyéb terápia | <input type="checkbox"/> Műtét, beavatkozás | |
| | | <input type="checkbox"/> Orvosi vizsgálat | |

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

3.3. Az esemény bekövetkezésének dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

3.4. Az esemény bekövetkezésének időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

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

3.6. Az esemény észlelésének időpontja (24 órás formátum) _____ óra/ _____ perc

3.7. Az esemény észlelésének napja*

- Munkanap Munkaszüneti nap Nem ismert

3.8. Az esemény észlelésének napszaka*

- Nappal Nem ismert Ügyeletben

3.9. A beavatkozás, vizsgálat, egyéb szolgáltatás elvégzéséhez képest mikor észlelték a betegcserét*?

- Alatt Előtt Nem ismert Után

3.10. A csere észlelésének helye*?

- A beteg ellátásáért felelős egység Más helyszínen Nem ismert

3.11. Az eseményt észlelő személy:* (több is jelölhető)

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ápoló/ szakápoló | <input type="checkbox"/> Graduális képzésben lévő hallgató | <input type="checkbox"/> Laboratóriumi munkatárs | <input type="checkbox"/> Szakorvos |
| <input type="checkbox"/> Asszisztens | <input type="checkbox"/> Gyógytornász | <input type="checkbox"/> Műtőssegéd | <input type="checkbox"/> Szülésznő |
| <input type="checkbox"/> Beteg | <input type="checkbox"/> Hozzá tartozó | <input type="checkbox"/> Rezidens | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.12. Az esemény bekövetkezésénél jelen levő munkatárs*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 hónapnál régebben az egységben dolgozó munkatárs | <input type="checkbox"/> Munkatárs nem volt jelen |
| <input type="checkbox"/> Egyéb munkatárs (új dolgozó (<3 hó), helyettes, konzulens, ügyeletes) | <input type="checkbox"/> Nem ismert |

3.13. Az előkészítés, beavatkozás, ellátás előtt megerősítették a beteg személyazonosságát?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.14. A betegazonosítás módja az esemény kapcsán* (több is jelölhető)

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Személyazonosító okirattal | <input type="checkbox"/> Személyzet által | <input type="checkbox"/> Telefonon | <input type="checkbox"/> Nem történt azonosítás |
| <input type="checkbox"/> Önazonosítás szóban | <input type="checkbox"/> szóban | <input type="checkbox"/> Karszalaggal | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

3.15. Jelen volt azonos vagy hasonló nevű beteg az ellátás helyszínén?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.16. A beavatkozást/szolgáltatást végző és az osztályos ellátást végző személye megegyezik?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.17. Ki nyerte el a tájékozott beleegyezést?*

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A beavatkozást/ szolgáltatást végző személy | <input type="checkbox"/> Más személy |
| <input type="checkbox"/> A tájékozott beleegyezés elnyerésére nem volt szükség | <input type="checkbox"/> Nem ismert |

3.18. Történt olyan osztályok, részlegek, telephelyek közötti betegszállítás, amely kapcsolatba hozható az esemény kialakulásával?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.19. Kapott a beteg tudatmódosító szert az eseményt megelőzően?*

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Igen | <input type="checkbox"/> Nem | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|

3.20. Hogyan és milyen körülmények között történt az esemény?* (több is jelölhető)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> A beteget nem azonosították | <input type="checkbox"/> Fogyatékossgal élő beteg | <input type="checkbox"/> Rosszul azonosított beteg |
| <input type="checkbox"/> Adminisztrációs rendszer hibája | <input type="checkbox"/> Késések, időhiány | <input type="checkbox"/> Szóbeli utasítás |
| <input type="checkbox"/> Betegazonosító eszközzel nem rendelkező beteg | <input type="checkbox"/> Kiskorú beteg | <input type="checkbox"/> Szokásosnál kisebb létszámú személyzet |
| <input type="checkbox"/> Betegek egymás között cseréltek | <input type="checkbox"/> Kommunikációs eszközök meghibásodása | <input type="checkbox"/> Téves betegátadás |
| <input type="checkbox"/> Betegirányítási probléma | <input type="checkbox"/> Leterheltség | <input type="checkbox"/> Téves rendelésfeladás |
| <input type="checkbox"/> Életveszélyes állapotú beteg | <input type="checkbox"/> Megzavart betegátadás | <input type="checkbox"/> Véletlenül elvégzett beavatkozás/ szolgáltatás |
| <input type="checkbox"/> Ellenőrzési lista hiánya | <input type="checkbox"/> Nem kooperáló beteg | <input type="checkbox"/> Zsúfoltság |
| <input type="checkbox"/> Figyelmetlenség | <input type="checkbox"/> Olvashatatlan kériólap | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pontatlan utasítás | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pszichiátriai beteg | |

4. Az esemény következményei**4.1. Milyen mértékű károsodást szenvedett a beteg?***

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

4.2. Milyen hatása volt az esetnek a betegre?*

- | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anyagi | <input type="checkbox"/> Fizikai | <input type="checkbox"/> Lelki | <input type="checkbox"/> Nem volt hatás | <input type="checkbox"/> Szociális |
|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|

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

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

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"/> Egyik sem | <input type="checkbox"/> Új beavatkozás indikálása |
| <input type="checkbox"/> Áthelyezés más egységbe | <input type="checkbox"/> Fekvőbeteg ellátás kezdeményezése | <input type="checkbox"/> Új gyógyszeres kezelés |
| <input type="checkbox"/> Áthelyezés más intézménybe | <input type="checkbox"/> Konzultáció más szakmával | <input type="checkbox"/> Új vizsgálat(ok) indikálása |
| <input type="checkbox"/> Beavatkozás elhalasztása | <input type="checkbox"/> Nem ismert | <input type="checkbox"/> Vizsgálat megismétlése |
| <input type="checkbox"/> Beavatkozás törlése | <input type="checkbox"/> Terápia módosítása | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

4.5. Az esemény következtében szükséges beavatkozás/vizsgálat

(pl. szakorvosi ellátás, kontroll- és laborvizsgálatok, terápia módosítása...)

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"/> Betegtényezők (pl. klinikai állapot, szociális / fizikai / pszichés tényezők, kapcsolati tényezők) | <input type="checkbox"/> Munka és környezeti tényezők (pl. rossz/túlzott adminisztráció, dokumentációs fegyelmezetlenség, 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. munkautasítás, folyamatleírások hozzáférhetősége) |
| <input type="checkbox"/> Felszerelésekkel és anyagi forrásokkal kapcsolatos tényezők (pl. betegazonosító karszalag, számítógépek hozzáférhetősége, "check lista" használatának bonyolultsága) | <input type="checkbox"/> Nem ismert |
| <input type="checkbox"/> Gyógyszereléssel kapcsolatos tényezők (pl. ha egy vagy több gyógyszer direkt módon hozzájárulhatott az eseményhez) | <input type="checkbox"/> Oktatási és továbbképzési tényezők (pl. a gyakorlati oktatás hozzáférhetősége) |
| <input type="checkbox"/> Kommunikációs tényezők (pl. egyének, csoportok, ill. szervezetek közötti szóbeli, írott és/vagy non-verbális kommunikáció) | <input type="checkbox"/> Szervezeti és stratégiai tényezők (pl. szervezeti struktúra, szerződő fél/ügynökség alkalmazása, szervezeti kultúra) |
| | <input type="checkbox"/> Egyéb: _____ |

5.3. Amennyiben az 5.2. 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, jobb dokumentációs gyakorlat)

6. Kitöltés

6.1. Kitöltés dátuma (év, hónap, nap) _____ / _____ / _____

6.2. Adatlapot kitöltő(k) képzettsége: _____