

## Formularz zgłoszenia incydentu medycznego

### 1. Dane kontaktowe Zgłaszającego

#### DANE ZGŁASZAJĄCEGO

Imię nazwisko: \_\_\_\_\_

Stanowisko: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

#### NAZWA ORGANIZACJI/FIRMY

\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

Nr referencyjny zgłoszenia: \_\_\_\_\_

### 2. Informacje o zdarzeniu

Nazwa placówki służby zdrowia/kliniki: \_\_\_\_\_

Data zdarzenia: \_\_\_\_\_

Nazwisko lekarza, który wykonał zabieg: \_\_\_\_\_

Nazwisko lekarza, który leczył działania niepożądane: \_\_\_\_\_

#### Informacje o użytym wyrobie medycznym

Nazwa handlowa: \_\_\_\_\_

Nr katalogowy: \_\_\_\_\_

Numer serii: \_\_\_\_\_

Nazwa Producenta: \_\_\_\_\_

Data implantacji (dd/mm/rrrr) \_\_\_\_\_

Miejsce wykonania zabiegu \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

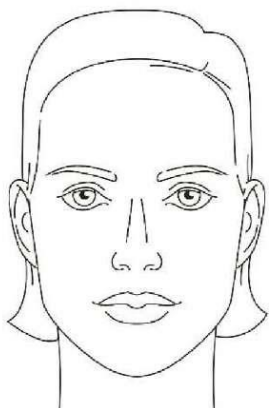
Telefon: \_\_\_\_\_ Faks: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Opis/rodzaj wykonanego zabiegu oraz lokalizacja:**

---

---

Na poniższym rysunku należy określić obszary poddane zabiegowi i określić poniżej ilość wstrzykiwanych na obszar (ml):



- Faldy nosowe:
- Usta:
- Górna warga:
- Dolna warga:
- Linie Glabellar:
- Kości policzkowe:
- Podbródek:
- Zmarszczki policzków:
- Inne:

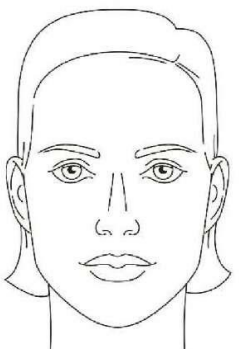
**3. Opis incydentu /zdarzenia**

Data wystąpienia (dd/mm/rrrr) \_\_\_\_\_

Czy pojawiły się objawy kliniczne?

- W jednym miejscu wstrzyknięcia
- W kilku miejscach wstrzyknięcia
- We wszystkich miejscach wstrzyknięcia

Na poniższym rysunku należy określić obszary, w których wystąpiły **działania niepożądane**, ich opis oraz datę pojawienia się objawów klinicznych

	Objawy/oznaki	Obszar	Intensywność			Data zdarzenia
			Słaby	Średni	Silny	
	<input type="checkbox"/> rumień (Zaczerwienienie) <input type="checkbox"/> Obrzęk (obrzęk) <input type="checkbox"/> Stwardnienie <input type="checkbox"/> Ból / wrażliwy <input type="checkbox"/> Inne, określ _____					

**Okoliczności wystąpienia / opisy**

---

---

---

---

---

---

**4. Podjęcie / leczenie naprawcze**

Czy zalecono leczenie?       NIE       TAK, jeśli tak proszę opisać

---

---

---

---

---

---

**Czy incydent doprowadził do poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, użytkownika lub innej osoby**

NIE       TAK (jeśli tak, proszę określić):

- Śmierć - data:
- Trwałe upośledzenie lub niepełnosprawność
- Zagrożenie życia pacjenta
- Hospitalizacja
- Nieodwracalne uszkodzenia
- Chirurgia, aby uniknąć trwałego uszkodzenia
- Specyficzne leczenie farmakologiczne:

Doprecyzować : \_\_\_\_\_

**5. Informacje dotyczące pacjenta**

**Informacje dla pacjenta**

Płeć : M       K

**Dotychczasowe zabiegi estetyczne**

Czy pacjent miał wcześniej zabiegi estetyczne?

TAK       NIE

**Określić obszar i datę wstrzyknięcia**

Stały wypełniacz skórny, precyzować: \_\_\_\_\_

Nietrwały wypełniacz skórny, precyzować: \_\_\_\_\_

Inny podać: \_\_\_\_\_

**Przeprowadzono zabiegi dermatologiczne (peeling, lasery, lifting, dermabrazja... data zabiegu):**

TAK

NIE

**Czy te wcześniejsze zabiegi estetyczne wywoływały skutki uboczne?**

**TAK**

**NIE**

**Jeśli tak, proszę doprecyzować:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Historia medyczna pacjenta**

		<b>Jeśli tak, określ</b>
Znany wywiad medyczny skóry (gojenie, blizny przerostowe, opryszczka, trądzik ...) i / lub znana nadwrażliwość	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy znana jest alergia lub wstrząs analityczny	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent cierpi na proces zakaźny, chorobę autoimmunologiczną wpływającą na Układ odpornościowy i / lub czy występuje choroba autoimmunologiczna u pacjenta rodzinnego?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Znany wywiad medyczny skóry (gojenie, blizny przerostowe, opryszczka, trądzik ...) i / lub znana nadwrażliwość	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy znana jest alergia lub wstrząs analityczny	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent cierpi na proces zakaźny, chorobę autoimmunologiczną wpływającą na Układ odpornościowy i / lub czy występuje choroba autoimmunologiczna u pacjenta rodzinnego?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent cierpi na porfirię?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent cierpi na epilepsję?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent przyjmuje jakiś suplement diety (np. Witamina C, E)	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent używa kosmetyków?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent przyjmuje jednocześnie leczenie?	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	
Czy pacjent był narażony na ekstremalną temperaturę (sauna, łaźnia turecka, intensywne zimno ...) lub światło słoneczne / solarium po zabiegu	Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/>	

**Pieczęć i podpis osoby upoważnionej:**

**Data Miejsce:**