PA-1/10.2017.

Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību

**TRAUMATOLOĢIJAS UN ORTOPĒDIJAS SLIMNĪCA**

Duntes ielā 22, Rīgā, LV - 1005, reģistrācijas Nr. 40003410729

Tālrunis 67 399 300, fakss 67 392 348, e-pasts: [tos@tos.lv](mailto:surgery@parks.lv), [www.tos.lv](http://www.tos.lv)

**DARBINIEKU ZIŅOJUMS PAR PACIENTA DROŠĪBAS GADĪJUMU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Notikuma īss apraksts:** |  | |
| *Kas notika?* |
| **Notikuma vieta:** | *Struktūrvienība* | |
| *Kur notika?* |
| **Notikuma datums un laiks:** | \_\_\_ \_\_\_.\_\_\_\_ \_\_\_\_. 20\_\_\_ \_\_\_. Plkst. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
| *Kad notika?* |
| **Pacienta identifikācija:** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Vārds, uzvārds* | *Personas kods* | *Slimnīcā piešķirtais identifikators* | | |
| *Ar ko notika?* |
| **Gadījuma tips (kategorija):** |  | |
| *Aizpilda administrators* |
| **Seku smagums** |  | |
| *Aizpilda administrators* |
| **Ziņotāja saistība ar notikumu:** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Es redzēju* | *Es piedalījos* | *Tas notika darot manu darbu* | | |
| **Ziņotāja amats:** | **-** | |
| *Kas es esmu?* | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | *Ārsts* | *Māsa* | *Ārsta palīgs* | *Māsas Palīgs* | *Cita amata grupa –* ***kāda?***  ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** | | |
| **Ziņotāja kontaktinformācija:** | |  |  | | --- | --- | | *Telefona nr.* | *e-pasts* | | |
| *Kā mani atrast?* |
| **Vai šādi vai līdzīgi gadījumi jau ir bijuši?** | *JĀ* | *NĒ* |
| **Cik bieži tie atkārtojas?** |  | |
| **Kāpēc tā notika (ziņotāja viedoklis)?** |  | |
| **Priekšlikumi pilnveidei** |  | |
| *Ko varētu darīt lai tā vairs nenotiktu?* |