Valsts sabiedrība ar ierobežotu atbildību

PA-2/10.2017.

**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)

**PACIENTU ZIŅOJUMS PAR PACIENTA DROŠĪBAS GADĪJUMU**

*Jūs ziņojat par pacienta drošības gadījumu ja - esat piedalījies, ietekmēts vai novērojis, ka ārstniecības / aprūpes procesā ir noticis notikums, kura rezultātā radies vai varēja rasties netīšs (nejaušs, bez iepriekšēja nodoma, t.sk. kļūdas vai neizdošanās dēļ) kaitējums pacientam, veicot ārstniecības personas darba pienākumus un / vai neveiktas darbības rezultātā, un nevis pacienta medicīniskā stāvokļa dēļ.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Notikuma īss apraksts:** | *Kas notika?* | |
| **Notikuma vieta:** *Nodaļa* | *Kur notika?* | |
| **Personas/ pacienta identifikācija:** | *Vārds, uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Personas kods\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_* | |
| **Notikuma datums un laiks:** | \_\_\_ \_\_\_.\_\_\_\_ \_\_\_\_. 20\_\_\_ \_\_\_. Plkst. \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ | |
| **Ziņotāja saistība ar notikumu:** | |  |  |  | | --- | --- | --- | | *Es redzēju* | *Tas notika ar mani* |  | | |
| **Ziņotāja kontaktinformācija:**  *Kā mani atrast?* | |  |  | | --- | --- | | *Telefona nr.* | *e-pasts* | | |
| **Vai šādi vai līdzīgi gadījumi saistīti ar Jums jau ir bijuši?** | *JĀ* | *NĒ* |
| **Cik bieži?** |  | |
| **Kāpēc tā notika (ziņotāja viedoklis)?** |  | |
| **Priekšlikumi pilnveidei**  *Ko varētu darīt lai tā vairs nenotiktu?* |  | |