

Nazwa dokumentu Analiza zdarzeń krytycznych i proces dochodzenia		Numer dokumentu PL_01_17	Rodzaj dokumentu Polityka
Utworzone/sprawdzone przez: J Cowperthwaite, P Das, J Halpin, M.Serwańska -Świątek, E. Kaczmarek		Data wydania 18.02.2026	Data weryfikacji 17.02.2026
Właściciel dokumentu Dyrektor ds. Polityk i Procedur		Własność DaVita Polska	Wersja dokumentu 003
Zatwierdził (nazwa stanowiska) Dyrektor Medyczny	Szymon Brzóska Digitally signed by Szymon Brzóska Date: 2026.02.18 12:57:15 +01'00'	Zatwierdzenie otrzymane od: Sz.Brzóska	Data zatwierdzenia 18.02.2026

Założenia polityki:

Zdarzenie krytyczne (często określane jako zdarzenie „alarmowe”) to nieoczekiwane zdarzenie dotyczące pacjenta w placówce opieki zdrowotnej, które skutkuje ciężką, trwałą lub długotrwałą szkodą lub śmiercią. Zdarzenia krytyczne obejmują poważne obrażenia fizyczne lub psychiczne, niezwiązane z naturalnym przebiegiem choroby, a także każde zdarzenie, którego ponowne wystąpienie skutkowałoby poważnymi konsekwencjami. Kierownictwo krajowe oraz osoby bezpośrednio zaangażowane biorą udział w analizach, dochodzeniu, planowaniu działań następnych oraz wyciąganiu wniosków aby zapobiec ponownemu wystąpieniu zdarzenia krytycznego.

Cele polityki:

- Zwiększenie ogólnej wiedzy o zdarzeniach krytycznych, ich przyczynach i zapobieganiu.
- Zapewnienie terminowych analiz i dochodzenia w przypadku zdarzenia krytycznego.
- Podjęcie dochodzenia obiektywnego i bezstronnego.
- Poprawne dokumentowanie zdarzenia oraz zabezpieczanie dowodów dla dochodzenia.
- Analiza przyczyn źródłowych i planowanie działań następnych.
- Wyciągania wniosków i wspólna nauka o poprawie bezpieczeństwa i jakości opieki medycznej
- Promowanie kultury bezpieczeństwa oraz sprawiedliwego i nierestrykcyjnego podejścia do zdarzeń niebezpiecznych.

Polityka:

- Polityka stanowi jeden z elementów międzynarodowej strategii bezpieczeństwa pacjentów.
- Zdarzenia niebezpieczne sklasyfikowane jako krytyczne zostały wymienione w załączniku 1.

Uwaga: Zdarzenia grupowe (zdarzenia z udziałem wielu pacjentów) są objęte osobną polityką.

3. Wszyscy członkowie zespołu DaVita są zobowiązani do zgłaszania zdarzeń krytycznych oraz wszystkich zdarzeń niebezpiecznych w systemie raportowania zdarzeń niebezpiecznych - SER = Safety Event Report (w Polsce – w MEG – **przypomnienie recenzenta**).
4. System SER służy do raportowania i odpowiedniego eskalowania SE do kierownictwa.
5. Zdarzenia niebezpieczne, sklasyfikowane jako krytyczne, będą przekazywane do Międzynarodowego Zespołu ds. Bezpieczeństwa Pacjentów - IPST (ang. International Patient Safety Team), zgodnie z polityką procesu eskalacji zdarzeń niebezpiecznych.
6. Zespół IPST obejmuje następujące osoby:
 - a. Międzynarodowy Dyrektor Medyczny (ICMO);
 - b. Zastępca Międzynarodowego Dyrektora Medycznego (IDCMO);
 - c. Międzynarodowy Dyrektor ds. Pielęgniarskich;
 - d. Zastępca Międzynarodowego Dyrektora ds. Pielęgniarskich.

(Przypomnienie recenzenta: Krajowy zespół ds. Bezpieczeństwa Pacjentów (CPST) obejmuje następując osoby:

- a. Krajowy Dyrektor Medyczny - CMO;
 - b. Zastępca Krajowego Dyrektora Medycznego - dCMO;
 - c. Krajowy Dyrektor ds. Pielęgniarskich - DCS
 - d. Regionalny Specjalista ds. Pielęgniarstwa - CCS
 - e. Krajowy lub Regionalny Dyrektor Operacyjny
7. CMO/dCMO/DCS powinien skontaktować się z ośrodkiem w ciągu 1 godziny od otrzymania zgłoszenia zdarzenia krytycznego i dokonać wstępnej oceny.
8. CMO/dCMO/DCS powinien dokonać wstępnej oceny zdarzenia, aby ocenić, czy spełnia kryteria krytycznego zdarzenia wymagającego dochodzenia międzynarodowego - CORII (ang. Critical Occurrences Requirements International Investigation).
9. CMO/dCMO/DCS powinien powiadomić krajowego Dyrektora Generalnego i IPST w ciągu godziny od uzyskania wstępnej oceny.
10. Proces analizy i dochodzenia należy rozpocząć w ciągu 24 godzin od wystąpienia zdarzenia krytycznego.
11. Wstępny opis zdarzenia, w języku angielskim, zawierający najważniejsze informacje, MUSI zostać przekazany IPST w ciągu 72 godzin od wystąpienia zdarzenia.
12. Wstępny opis zdarzeni powinien zawierać:

- a. Ogólnie - co się wydarzyło
 - b. Czynniki związane ze zdarzeniem (nieprawidłowości dotyczące stanu pacjenta, parametry życiowe, parametry odbiegające od normy);
 - c. Podstawowe informacje o pacjencie (płeć, wiek);
 - d. Choroby współistniejące, dostęp naczyniowy i czas leczenia dializami.
13. Wstępny opis nie powinien zawierać opisu działań podjętych po wystąpieniu zdarzenia (np. opisu resuscytacji).
14. Celem wstępnego opisu jest możliwość identyfikacji czynników oraz działań które mogły wpłynąć na wystąpienie zdarzenia, a także obszarów, które będą wymagać analizy przyczyn źródłowych i dochodzenia.

Zgłoszenie zdarzenia krytycznego:

15. Większość zdarzeń krytycznych wymaga sporządzenia protokołu analizy zdarzenia krytycznego z wykorzystaniem odpowiednio „formularza zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego” lub „formularza zdarzenia krytycznego ogólnego, niedotyczącego pacjenta hemodializowanego” (załączniki do polityki 01-17A lub 01-17B – **przypomnienie recenzenta**).
16. Wyjątki, w których przewidziane są określone narzędzia w dochodzeniu:
- a. Nagłe zatrzymanie krążenia i oddechu podczas lub po zabiegu:
 - i. Należy wówczas wypełnić „formularz nagłego zatrzymania krążenia”;
 - ii. Jeśli nie ma żadnych predisponujących przyczyn / chorób współistniejących u pacjenta z NZK - należy wypełnić „formularz zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego” lub „formularz zdarzenia krytycznego ogólnego, niedotyczącego pacjenta hemodializowanego”;
 - iii. CPST powinien zweryfikować wstępny opis i zdecydować, czy ośrodek musi uzupełnić również „formularz zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego” lub „formularz zdarzenia krytycznego ogólnego, niedotyczącego pacjenta hemodializowanego”.
 - b. Zdarzenia takie jak: reakcja hemolityczna na transfuzję (np. gdy „niezgodne grupowo: przetoczenie krwi, preparatów krwiotwórczych, przeszczepienie narządu” – **przypomnienie recenzenta**), „nieprawidłowy zabieg, wykonanie

zabiegu w nieodpowiednim miejscu anatomicznym” oraz „samobójstwo w ośrodku” - wymagają użycia specjalnych metod dochodzeniowych.

17. Należy zebrać dowody związane ze zdarzeniem oraz załączyć je ww. formularzy (01-17A lub 01-17 B – **przypomnienie recenzenta**)
18. W przypadku każdego pacjenta należy udokumentować:
 - a. Ogólne informacje o pacjencie, w tym historia choroby, choroby współistniejące;
 - b. Stan ogólny pacjenta;
 - c. Stan przed i podczas zabiegu;
 - d. Schemat leczenia, parametry życiowe, przepis dializy;
 - e. Zgodność leczenia z P&P i stałymi zaleceniami;
 - f. Objawy w dniu zdarzenia dotyczące stanu pacjenta lub leczenia;
 - g. Opis zdarzenia;
 - h. Istotne czynniki, które doprowadziły do zdarzenia;
 - i. Należy zidentyfikować sprzęt lub produkty, które mogły być zaangażowane w zdarzenie, w tym aparat do HD, sprzęt jednorazowego użytku, leki, CVC.

Zdarzenie związane z hemodializą:

19. W przypadku zdarzenia związanego z hemodializą należy użyć formularza 01-17A „formularz zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego”;
20. Każde urządzenie używane w czasie zdarzenia krytycznego MUSI zostać zatrzymane do czasu zakończenia wstępnego dochodzenia. Należy:
 - a. Zabezpieczyć urządzenie;
 - b. Zabezpieczyć obwód pozaustrojowy;
 - c. Zabezpieczyć inny sprzęt i przedmioty jednorazowe używane podczas zabiegu.
21. Nie dotyczy to sprzętu używanego do resuscytacji, chyba że podczas interwencji stwierdzono problem.
22. W przypadku wystąpienia u pacjenta krytycznego zdarzenia podczas zabiegu HD, personel medyczny powinien:
 - a. Udokumentować stan pacjenta, zgodność z procedurami bezpieczeństwa i oceny zagrożeń;
 - b. Udokumentować odczyty urządzeń;
 - c. Pobrać próbki płynu dializacyjnego do analizy mikrobiologicznej i chemicznej;

- d. Udokumentować wszystkie odstępstwa od typowej procedury zabiegu;
 - e. Udokumentować wyniki oceny pacjenta, interwencje itp.
23. CMO, dCMO, DCS w ciągu 3 dni (72 godzin) od momentu wystąpienia zdarzenia krytycznego, powinni zdecydować o podjęciu dalszych czynności, takich jak:
- a. Przeprowadzenie pełnego dochodzenia;
 - b. Wyznaczenie zespołu do prowadzenia dochodzenia;
 - c. Wskazanie metody i narzędzi do przeprowadzenia analizy przyczyn źródłowych;
24. CMO/dCMO/DCS przygotowuje podsumowanie wstępnych ustaleń, które wysyła do IPST.
25. W podsumowaniu do IPST należy podać przynajmniej następujące informacje:
- a. Stan pacjenta przy przyjęciu;
 - b. Zmiany stanu pacjenta w toku procedury (np. hemodializy),
 - c. Zmiany w prowadzeniu zaleconego leczenia;
 - d. Czynności i interwencje podejmowane przed zdarzeniem;
 - e. Wszelkie niepożądane aspekty opieki, które mogły przyczynić się do zdarzenia i wymagają dalszego zbadania.

Dochodzenie:

26. Po wstępnej analizie należy podjąć decyzję o:
- a. Przekazaniu odpowiedzialności za przeprowadzenie dalszych działań do zespołu ośrodka, należy to zrobić w sytuacji, gdy pacjent miał stwierdzone czynniki predysponujące (np. liczne choroby współistniejące), a zabieg nie odbiegał od normy;
 - b. Kontynuacji dochodzenia na poziomie kraju - jeśli przyczyny zdarzenia są niejasne i/ lub u pacjenta nie było czynników predysponujących do wystąpienia zdarzenia;
 - c. Kontynuacji dochodzenia na poziomie kraju pod nadzorem IPST - zawsze, jeżeli zdarzenie zostało sklasyfikowane jako CORII i stanowi zagrożenie dla dalszej działalności organizacji.

Działania następce na poziomie krajowym i międzynarodowym:

27. W przypadku braku czynników predysponujących do wystąpienia zdarzenia krytycznego należy przeprowadzić czynności opisane w części B protokołu analizy zdarzenia krytycznego (w „formularzu zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego” lub „formularzu

zdarzenia krytycznego ogólnego, nie dotyczącego pacjenta hemodializowanego” – przypomnienie recenzenta).

28. CMO, dCMO i DCS powinni zapewnić terminową, dokładną i wiarygodną analizę przyczyn źródłowych.
29. CMO, dCMO i DCS mogą delegować przeprowadzenie analiz i badań zespołom regionalnym oraz zespołowi w ośrodku, ale przez cały czas zachowują ogólną odpowiedzialność za proces analizy i dochodzenia.
30. Wstępne dochodzenie i gromadzenie danych powinny zostać zakończone w ciągu 7 dni od zgłoszenia zdarzenia.
31. Podsumowanie wstępnych ustaleń i planów działań następnych powinno zostać przesłane do IPST w ciągu 7 dni.

Podczas dochodzenia należy:

32. Sprawdzić dokumentację dotyczącą poprzedzającego leczenia pod kątem wprowadzonych zmian i wystąpienia nieprawidłowości w dniu zdarzenia.
33. Sprawdzić i dołączyć logi z aparatów do HD, raport techniczny, elektroniczną dokumentację medyczną, CCTV.
34. Zebrać całą powiązaną dokumentację od momentu rozpoczęcia zabiegu do momentu wystąpienia zdarzenia.
35. Przeprowadzić analizę chronologiczną dokumentacji.
36. W przypadku zatrzymania akcji serca należy przeprowadzić następczą analizę postępowania.
37. Po zebraniu wszystkich informacji należy opracować chronologiczny opis zdarzenia.

Oświadczenia świadków:

38. W przypadku zdarzeń krytycznych (zwłaszcza CORII) należy ustalić świadków zdarzenia i zebrać ich oświadczenia.
39. Należy załączyć datę oświadczenia, imię, nazwisko świadka, pełnioną funkcję i rolę w zdarzeniu.
40. Należy uwzględnić wszystkich członków zespołu, bezpośrednio zaangażowanych w zdarzenie, którzy:
 - a. Zajmowali się pacjentem bezpośrednio podczas leczenia;
 - b. Podejmowali decyzje terapeutyczne
 - c. Byli obecni w obszarze leczenia podczas lub przed zdarzeniem.

41. Nie należy uwzględniać osób, które dołączyły do resuscytacji lub innych działań po zdarzeniu, i nie spełniają kryterium a-c.
42. Podczas zbierania oświadczeń należy pozyskać jak najwięcej informacji przydatnych do zrozumienia zdarzeń i czynników wpływających na wystąpienie zdarzenia.

Dokumentacja dochodzenia:

43. Podczas analizy i dochodzenia należy zidentyfikować wszelkie aspekty świadczonej opieki medycznej, które mogły przyczynić się do wystąpienia zdarzenia krytycznego.
44. Zbieranie informacji do dalszej analizy powinno odbyć się podczas spotkań osobistych lub poprzez system Teams.
45. Niezależnie od tego, czy dochodzenie odbywało się na poziomie regionalnym, czy krajowym, należy go odpowiednio udokumentować.
46. W przypadku dochodzenia na poziomie regionalnym, jego uczestnikami powinni być osoby z ośrodka oraz z zespołu regionalnego, w tym zespołu medycznego, klinicznego, operacyjnego, biomedycznego (zależnie od potrzeb).
47. W przypadku dochodzenia na poziomie krajowym, jego uczestnikami powinni być osoby z ośrodka oraz z zespołu krajowego i międzynarodowego zespołu do spraw zdarzeń CORII.
48. Dokumentacja dochodzenia powinna zawierać:
 - a. Datę, godzinę i miejsce;
 - b. Osoby obecne (imię, nazwisko, funkcja);
 - c. Przypisanych ekspertów (najlepiej 2);
 - d. Analizę przyczyn źródłowych;
 - e. Opis przyczyny;
 - f. Działania naprawcze, które należy wdrożyć po RCA.
49. Analiza przyczyn źródłowych (RCA):
 - a. Proces identyfikacji pierwotnych czynników wpływających na wystąpienie lub możliwość wystąpienia zdarzenia krytycznego;
 - b. Należy skupić się zarówno na przyczynach bezpośrednich jak i pierwotnych (źródłowych)
 - c. Należy skupić się głównie na systemach i procesach, a nie na indywidualnym działaniu.

50. RCA powinna być przeprowadzona przez pracownika przeszkolonego w tym procesie na poziomie co najmniej Summit Trekker.
51. W razie potrzeby należy zastosować narzędzia RCA adekwatne do konkretnego zdarzenia:
- a. RCA wysunięcia igły żyłnej (VND).
 - b. RCA odłączenia cewnika (CVC);
 - c. RCA upadku pacjenta.
52. Narzędzia użyte do RCA powinny zostać udokumentowane w części C protokołu analizy zdarzenia krytycznego (tj. „formularza zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego” lub „formularza zdarzenia krytycznego ogólnego, nie dotyczącego pacjenta hemodializowanego” – **przypomnienie recenzenta**), a kopie dokumentów dołączone do finalnego raportu.
53. Opis przyczyny należy określić na podstawie RCA:
- a. **Rodzaj przyczyny:** naruszenie procedury, błąd ludzki, braki w zasobach ludzkich, brak procedury, nieprawidłowe funkcjonowanie lub awaria techniczna sprzętu, niezgodność produktu lub usługi, niepowodzenie szkolenia, inna;
 - b. **Źródło:** pacjent, współpracownik, dostawca, inne.
54. Wszystkie decyzje i ustalenia powinny być w miarę możliwości dokumentowane w systemie MEG (jeśli system jest dostępny w danym kraju).

Działania następce:

55. CMO/dCMO i DCS wraz z lokalnym zespołem ośrodka i zespołami regionalnymi (w stosownych przypadkach) powinni:
- a. Opracować plan wdrożenia ulepszeń mających na celu redukcję zagrożenia;
 - b. Wdrożyć te udoskonalenia;
 - c. Monitorować skuteczność tych udoskonaleń.
56. Modele i narzędzia, których można użyć do procesu planowania udoskonaleń obejmują:
- a. Diagram przyczynowo- skutkowy (Diagram Ishikawy - **przypomnienie recenzenta**);
 - b. Diagram czynników sprawczych;
 - c. Schemat blokowy (mapowanie procesu, ang. flow chart);
 - d. Narzędzie cyklu 30/60/90 dni;

- e. Cel SMART (akronim od ang. Specific - skonkretyzowany, Measurable - mierzalny, Achievable - osiągalny, Relevant - istotny, Time-bound – osiągalny w czasie, tj. pięć cech, którymi powinien charakteryzować się poprawnie sformułowany cel, **przypomnienie recenzenta**);
 - f. Analiza czynników ludzkich i protokół SBAR (dotyczy techniki strukturyzacji komunikacji, SBAR- akronim od ang. Situation - sytuacja, Background - tło, Assessment - ocena, Recommendation – zalecenie, **przypomnienie recenzenta**);
57. Powinny one być stosowane lub wspierane przez osobę przeszkoloną do poziomu Climber.
58. CMO/dCMO i DCS są zobowiązani poinformować IPST o wynikach dochodzenia.
59. Gdy bezpośrednio zaangażowany jest IPST, powinien on współpracować z CMO / dCMO danego kraju i DCS w celu nadzorowania analiz, dochodzenia oraz uzgodnienia planu działania.
60. Analizy i dochodzenie muszą zostać zakończone w ciągu 28 dni od wystąpienia zdarzenia. Finalny protokół analizy zdarzenia krytycznego (tj. „formularza zdarzenia krytycznego u pacjenta hemodializowanego” lub „formularza zdarzenia krytycznego ogólnego, nie dotyczącego pacjenta hemodializowanego” – przypomnienie recenzenta), wraz załącznikami, w języku angielskim, należy przesłać do IPST.
61. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy trwa procedura CORII (np. cykl telekonferencji); w takiej sytuacji procesu nie można zamknąć do czasu zakończenia całego dochodzenia.
62. IPST powinien przeprowadzić analizę protokołu oraz zdecydować, że:
- a. Proces można zakończyć i zamknąć w systemie MEG;
 - b. Wymagane są dodatkowe informacje/działania.
63. Eskalowane krytyczne zdarzenia niebezpieczne nie mogą zostać zamknięte do czasu otrzymania powiadomienia od IPST, że dochodzenie międzynarodowe zostało zakończone a proces w ramach Międzynarodowej Analizy Zdarzeń Krytycznych (CER) – zamknięty.

Obowiązki:

64. Wszyscy pracownicy, na których obowiązki ma wpływ niniejsza polityka, są zobowiązani do zapoznania się z podstawowymi procedurami i obowiązkami określonymi w tej polityce
65. Ordynator/Pielęgniarka oddziałowa ma obowiązek zadbać, aby wszyscy członkowie zespołu zapoznali się z zasadami niniejszej polityki oraz by polityka została odpowiednio wprowadzona.

66. Obowiązkiem Ordynatora jest zapewnienie, by wszyscy członkowie zespołu medycznego zapoznali się z zasadami niniejszej polityki oraz by polityka była prawidłowo realizowana.
67. Ordynator i Pielęgniarka Oddziałowa są odpowiedzialni za dostarczenie wszystkich wymaganych informacji do CMO/dCMO i DCS, aby pomóc w analizie przyczyn źródłowych i dochodzeniu.
68. Ordynator i Pielęgniarka Oddziałowa są odpowiedzialni za wdrożenie planów działania, realizację przydzielonych zadań i zamknięcie zdarzenia, na polecenie CMO/dCMO/DCS danego kraju.
69. CMO, dCMO, DCS ponoszą ogólną odpowiedzialność za proces przeglądu zdarzeń krytycznych.
70. CMO, dCMO, DCS są odpowiedzialni za analizę wszystkich zdarzeń niebezpiecznych, aby ocenić, czy mają one być traktowane jako CORII i w razie konieczności zainicjować odpowiednią procedurę (CORII).
71. CMO, dCMO, DCS są odpowiedzialni za przedstawienie IPST wstępnego opisu zdarzenia w ciągu 72 godzin od otrzymania pierwszego powiadomienia.
72. CMO, dCMO, DCS są odpowiedzialni za koordynację procesu analizy i dochodzenia oraz dostarczanie odpowiednich informacji zespołowi IPST w odpowiednim czasie.
73. CMO, dCMO, DCS są odpowiedzialni za odpowiednie udokumentowanie wszystkich analiz, dochodzenia i podjętych działań oraz że wszystkie dowody są bezpiecznie przechowywane.
74. CMO, dCMO, DCS są odpowiedzialni za zapewnienie bezstronnej atmosfery bez nieuzasadnionego obciążania winą podczas analiz, dochodzenia i działań następnych we wszystkich przypadkach zdarzeń niebezpiecznych.
75. CMO, dCMO, DCS są odpowiedzialni za przekazanie, w ramach nauki, wniosków z podjętych analiz i dochodzenia, do wszystkich osób w jednostce krajowej.
76. IPST jest odpowiedzialny za nadzór nad wszystkimi dochodzeniami w sprawie krytycznych zdarzeń niebezpiecznych.
77. IPST jest odpowiedzialny za dystrybucję w organizacji wszelkich istotnych informacji odnośnie zdarzenia krytycznego.

Szkolenia:

78. Wszyscy członkowie zespołu powinni przejść szkolenie w zakresie zgłaszania zdarzeń niebezpiecznych.

79. Wszyscy członkowie zespołu ośrodka zostaną przeszkoleni do poziomu Walker w ramach programu Summit i będą przechodzić regularne szkolenia aktualizacyjne.
80. Wszystkie osoby odpowiedzialne za kwestie bezpieczeństwa w ośrodku, w tym przynajmniej Ordynator, Pielęgniarka Oddziałowa (lub osoby wyznaczone), zostaną przeszkoleni do poziomu Trekker w ramach programu Summit i będą przechodzić regularne szkolenie aktualizacyjne.
81. Pracownicy zaangażowani w procesy analizy zdarzeń krytycznych zostaną przeszkoleni do poziomu Climber w ramach programu Summit.

Załącznik 1: Zdarzenia niebezpieczne sklasyfikowane jako krytyczne (z wyłączeniem zdarzeń z udziałem wielu pacjentów)

Kod	Opis
A 9	Nagły zgon pacjenta podczas zabiegu
A 12	Zatrzymanie akcji serca podczas lub po HD
A 83	Samobójstwo w ośrodku
A 101	Nie zgodne grupowo: przetoczenie krwi, preparatów krwiotwórczych, przeszczepienie narządu*
A 77	Użycie niewłaściwie zreutylizowanego dializatora*
A 59	Nieprawidłowy zabieg, wykonanie zabiegu w nieodpowiednim miejscu anatomicznym*
A 104	Nieprawidłowe podanie większej dawki midazolamu podczas sedacji*
A 105	Pozostawienie ciała obcego po zakończonym zabiegu*
A 70	Poważne oparzenia – termiczne, radiologiczne lub elektryczne
A 71	Poważne obrażenia wewnętrzne w tym perforacja organów wewnętrznych, pozostawienie ciała obcego, uszkodzenie narządów czuciowych lub organów płciowych
A 72	Znaczna niepełnosprawność w tym złamania i amputacje
A 73	Nieprzewidziany deficyt neurologiczny, czuciowy lub ruchowy, uszkodzenie mózgu, stały paraliż (w tym paraplegia i tetraplegia)
A 74	Nieoczekiwana utrata wzroku lub słuchu – częściowa lub całkowita
A 75	Nieprzewidziana niewydolność nerek lub sepsa
A 76	Obrażenia związane z porodem, śmierć matki lub płodu, uszkodzenia związane ze znieczuleniem, wynik w skali Apgar, poniżej 5 punktów w ciągu 5 minut resuscytacja lub złamania u noworodka

Narzędzia wsparcia dla RCA:

- International – Program Summit – Formularz zgłoszenia krytycznego Niebezpiecznego Zdarzenia (Safety Event – SE) u pacjentów hemodializowanych– **Trekker 01-17A**
- International – Program Summit – Formularz zdarzenia krytycznego (ogólny, nie dotyczy pacjenta hemodializowanego) – **Trekker 01-17 B**
- International – Program Summit – Analiza przyczyn źródłowych – Trekker
- Międzynarodowy - Program Summit - Diagram przyczyn i skutków - Climber

Powiązane polityki:

00_06 Zgłaszanie Zdarzeń Niebezpiecznych (Safety Events – SE)

00_07 Analiza przyczyn źródłowych oraz czynności korygujące i zapobiegawcze

00_08 Zdarzenia niebezpieczne, które nigdy nie powinny wystąpić (Never events).

00_09 Proces przekazywania zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa

00_10 Krytyczne zdarzenia wymagające międzynarodowego dochodzenia (CORII)

01_18 Proces analizy zdarzeń krytycznych

01_18_01 Działania następce po zgłoszeniu zdarzenia krytycznego

01_19 Analiza i dochodzenie w sprawie zdarzeń dotyczących bezpieczeństwa wielu pacjentów

10_10 D Analiza po zatrzymaniu krążenia

16_16 Obsługa systemu wykonywania dializ w następstwie poważnych Zdarzeń Niebezpiecznych

Historia dokumentu:

Data utworzenia/weryfikacji	Wersja	Główne zmiany	Sporządzono/zweryfikowano przez
14-12-2018	01.001	Pierwszy szkic	J. Cowperthwaite, P. Das
03-04-2019	001	Pierwsza wersja	J. Cowperthwaite
11.08.2020	01.002	Drugi szkic	J. Cowperthwaite, P. Das
17.08.2020	002	Druga wersja	J. Cowperthwaite, P. Das
16-04-2021	01.003	Zakończoną analizę zdarzenia krytycznego oraz raport z dochodzenia należy wyjaśnić i przekazać IPST celem uzyskania informacji zwrotnych	J. Cowperthwaite
26-04-2021	003	Zdarzenia niepożądane (AO) zmieniono na zdarzenia niebezpieczne	J Cowperthwaite, J Halpin
05.07.2021	003	Zdarzenia niepożądane (AO) zmieniono na zdarzenia niebezpieczne	J Cowperthwaite, J Halpin, M.Serwańska – Świętek
17.02.2026	003	Przegląd dokumentu bez zmiany wersji. Ujednolicenie nazewnictwa–zdarzenia niebezpieczne, zmiana -system raportowania MEG	E.Kaczmarek, Sz. Brzóska