POROČILO O ZDRAVSTVENI NAPAKI PRI CEPLJENJU

1. **DATUM DOGODKA: ………………………………..**(dd/mm/llll)
2. **ČAS DOGODKA: ………………………………………**(h/min)
3. **ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA: ……………………………………………………………………………………………………..........**
4. **ODDELEK/SLUŽBA: ………………………………………………………………………………………………………………………………...**
5. **VRSTA DOGODKA** (označite lahko več odgovorov):

* **uporaba napačnega cepiva** (zamenjava cepiva)
* **uporaba cepiva po pretečenem roku uporabe**
* **uporaba cepiva po prekinitvi hladne verige, nepravilnosti pri transportu ali shranjevanju**
* **raztapljanje cepiva s topilom, ki ni bilo priloženo cepivu**
* **aplikacija topila brez cepiva**
* **nepravilna aplikacija cepiva glede na predpisan način cepljenja** (i.m., s.c., p.o., i.d.)
* **napačen odmerek cepiva** (prevelik odmerek pri otroku, premajhen pri odraslem,…)
* **neprimerno mesto cepljenja** (anterolateralni predel stegenske mišice, deltoidna mišica nadlahti,…)
* **mešanje dveh ali več cepiv skupaj v isti brizgi**
* **prekratek presledek med posameznimi odmerki cepiva**
* **prekratek presledek med posameznimi cepivi in/ali drugimi krvnimi pripravki**
* **cepljenje v neprimernem starostnem obdobju**
* **napačna identiteta osebe** (cepljenje napačne osebe)
* **drugo (opiši) ………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **RAZLOG DOGODKA** (označite lahko več odgovorov):

* **pomanjkanje znanja o »dobri praksi varnega cepljenja«**
* **nepazljivost, nerodnost, nezbranost** (neupoštevanje postopka pred izvedbo cepljenja)
* **neprimeren prostor za delo** (premalo prostora, ločevanje čistega in nečistega dela, slaba organiziranost)
* **neustrezna, pomanjkljiva oprema** (kontejner za ostre predmete, sterilne igle, brizge, hladilnik…)
* **pomanjkanje kadra in obilica dela**
* **neprimerno obnašanje cepljene osebe** (jeza, strah…)
* **drugo (vpiši) ……………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **DOGODEK SE JE ZGODIL:** (označite):

* **zdravniku**
* **srednji medicinski sestri /zdravstvenemu tehniku**
* **diplomirani medicinski sestri/diplomiranemu zdravstveniku**

1. **IZID DOGODKA** (označite):

* **brez posledic**
* **ambulantna obravnava**
* **hospitalizacija** (opišite težave, zaradi katerih je bila potrebna hospitalizacija)

**................................................................................................................................................**

1. **KRATEK OPIS DOGODKA:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **IZVEDENE AKTIVNOSTI PO DOGODKU** (označite samo izvedene aktivnosti in kdaj so bile izvedene):

* **obveščanje predpostavljene osebe o neželenem dogodku**
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**
* **obrazložitev in pojasnitev dogodka cepljeni osebi/staršem/skrbnikom**
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**
* **dokumentiranje dogodka v zdravstveni karton in/ali cepilno knjižico**
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**

* **konzultacija znotraj zdravstvenega tima ali zdravstvene organizacije** 
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**

* **konzultacija z regijskim ali nacionalnim koordinatorjem za cepljenja**
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**
* **izpolnitev obrazca *»Poročilo o zdravstveni napaki pri cepljenju«* in pošiljanje poročila na NIJZ**
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**
* **interna ocena dogodka in predlog ukrepov**
  + **takoj** (na dan dogodka) o **čez 1 teden** o **čez 1 mesec** o **kasneje**

1. **KAJ SE JE PO DOGODKU SVETOVALO CEPLJENI OSEBI/STARŠEM/SKRBNIKOM?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Datum: Obrazec izpolnil** (ime in priimek osebe):

**…………………………………………………. …………………………………………………………………………..**

**Prosimo vas, da nam poročilo posredujete na naslov:**

**NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE**

**CENTER ZA NALEZLJIVE BOLEZNI**

**Poročilo o zdravstveni napaki pri cepljenju**

**Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana**

***KOMENTAR DOGODKA IN IZVEDENIH AKTIVNOSTI*** *(izpolni NIJZ):*

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

***Podpis:***