

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

DANE PACJENTA / PRACOWNIKA (pole nieobowiązkowe)

**CZAS WYSTĄPIENIA ZDARZENIA (jeśli znany) LUB CZAS UZYSKANIA WIEDZY
O ZDARZENIU**

MIEJSCE WYSTĄPIENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

OPIS ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

SKUTEK ZDARZENIA DLA PACJENTA