

RCKiK w Białymstoku		
Nr wersji 02	SOP-CKiK-DZJ-O-06	Strona zał. 1 z 1
Załącznik nr: 3	Wersja zał. nr: 01	Data: 02-01-2024

Formularz zgłoszenia wykrytego w podmiocie leczniczym zdarzenia niepożądanego, potencjalnie zwiększającego ryzyko wystąpienia niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej, jednak niezwiązanego bezpośrednio z zabiegiem przetoczenia krwi lub jej składników

Jednostka powiadamiająca	
Numer identyfikacyjny zgłoszenia (wypełnia RCKiK)	
Data zgłoszenia (rok/miesiąc/dzień)	
Godzina zgłoszenia	
Miejsce, w którym zgłoszono nieprawidłowość	
Opis zdarzenia	
Podjęte działania naprawcze	
Osoba zgłaszająca (imię i nazwisko, funkcja, telefon, e-mail)	