

*Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego wykrytego w podmiocie  
lecznicznym, niepozostającego w bezpośrednim związku z zabiegiem  
przetoczenia krwi lub jej składników.*

---

Jednostka powiadamiająca	..... .....
-----------------------------	----------------

---

Numer identyfikacyjny zgłoszenia	.....
--	-------

---

Data zgłoszenia (rok/miesiąc/dzień)	.....
--	-------

---

Godzina zgłoszenia	.....
--------------------	-------

---

Miejsce, w którym stwierdzono nieprawidłowość	..... .....
---	----------------

---

Opis zdarzenia	..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
----------------	---

---

Podjęte działania naprawcze	..... ..... ..... ..... .....
--------------------------------	---

---

Osoba zgłaszająca (imię i nazwisko, funkcja, telefon, e- mail)	..... ..... .....
---	-------------------------

---