

**Formularz 1. Zgłoszenie 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

---

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)

---