|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***КГП на ПХВ Центральная районная больница Жамбылского района УЗО акимата Жамбылской области*** | | | |
| **Наименование структурного подразделения:** | **Служба поддержки пациента и внутреннего экспертизы** | | |
| **Название документа:** | **Стандарт операционной процедуры:**  **Управление инцидентами**  **Код: Глава1; 6.4** | | |
| **Утвержден:** | Главный врач: А. Сауруков | | |
| **Дата утверждения:** | 10.03.2021 г. | | |
| **Разработчик:** | *Должность* | *ФИО* | *подпись* |
| Руководитель стационарной службы | Н.Кезембаев |  |
| Руководитель АХЧ | Р.Алимкулов |  |
| Врач эпидемиолог | А. Ширикбаев |  |
| Главная медсестра | С.Асильбекова |  |
| **Согласовано:** | Руководитель службы поддержки пациента и внутренней экспертизы | Т. Мусаев |  |
| **Дата согласования:** | 10.03.2021 г. |  |  |
| **Ответственный за исполнение:** | Зав.РП,Заведующий ПМСП, Заведующий приемным отделением,  главная медсестра, руководитель АХЧ | Абдуалиева М.У.,  Белосарова С.И.,  Маликов Н.Н.,  С.Асильбекова,  Р. Алимкулов |  |
| **Дата введения  в действие:** | 10.03.2021 г. |  |  |
| **Версия №** | | **Копия №\_\_ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  *подпись ФИО* | |

**Стандарт операционной процедуры:**

**Управление инцидентами**

**1. ЦЕЛЬ:** Стандартизироватьвыявление и регистрацию инцидентов, принятие системных мер, способствующих снижению риска повтора инцидентов; организовать построение культуры безопасности через доверие и честность, предотвращение дальнейших ошибок через открытое и честное взаимодействие с пациентами.

**2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:** все структурные подразделения медицинской организации ЦРБ Жамбылского района.

**3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ:** Все сотрудники ЦРБ Жамбылского района, а также сотрудники аутсорсинговых компаний и арендаторы.

**4. ОПРЕДЕЛЕНИЯ:**

**Инцидент (неблагоприятное событие)** – необычное событие, выходящее за пределы нормального течения деятельности медицинской организации. Инцидент влияет или может повлиять на снижение качества оказываемых услуг, может привести к нежелательному исходу. Инциденты медорганизации делятся на потенциальные ошибки, ошибки и экстремальные события.

Потенциальная ошибка, почти ошибка (англ. Near Miss) – это вид инцидента, когда ошибка была предотвращена и не свершилась. Но при повторении подобного события, есть риск, что ошибку не заметят и она произойдет. Например, врач записал неправильную дозу препарата, и при проверке назначения ошибку заметили и исправили. То есть неправильное введение дозы препарата пациенту предотвращено. Но не исключена вероятность, что в следующий раз неправильное назначение останется незамеченным, и пациенту введут препарат не в той дозе. Поэтому почти ошибки также подлежат сообщению и разбору, как и ошибки.

Ошибка (анг. Error) – это вид инцидента, когда ошибка произошла и неблагоприятно повлияла на качество медицинской помощи, либо на безопасность пациентов в результате неправильного действия, бездействия или излишнего действия сотрудников, аппаратуры и т.п. Ошибки бывают: без неблагоприятных последствий, либо с причинением вреда пациенту, сотрудникам.

Экстремальное событие (анг. Sentinel Event) – это вид инцидента, в результате которого нанесен значительный вред здоровью.

К экстремальным событиям относят:

* неожиданную смерть – не связанную с естественным течением болезни пациента или его состоянием (например, непредвиденная смерть во время транспортировки);
* суицид во время перевозки;
* смерть персонала или гражданина в результате дорожно-транспортного происшествия;
* изнасилование, насилие, нападение (приводящее к смерти или постоянной потери функции), убийство (умышленное убийство) пациента, сотрудника, или другого лица во время транспортировки;
* инвалидность (в том числе потеря конечности или функции), или значительная психологическая травма, несвязанная с естественным течением заболевания;
* нанесение серьезного вреда здоровью в результате ошибочного применения лекарственных средств.

Не все ошибки приводят к экстремальным событиям, и не все экстремальные события происходят только в результате медицинской ошибки. Определение события как экстремального не подразумевает юридическую ответственность.

Культура безопасности – квалификационная и психологическая подготовленность всех лиц, при которой обеспечение безопасности – приоритетная цель и внутренняя потребность, ведущая к самосознанию, ответственности, и самоконтролю при выполнении всех работ, влияющих на безопасность.

**Открытое разглашение** (Open Disclosure) – открытое обсуждение инцидента, в результате которого был нанесен вред (или мог быть нанесен вред в будущем) пациенту в момент оказания медицинской помощи.

**Выражение сожаления –** выражение сожаления пациенту за нанесенный моральный вред или вред здоровью в результате ошибочного лечения.

**Задачи при работе с инцидентами**

Обучение – обучение и информирование персонала медорганизации о системе отчетов об инциденте;

Сообщение – своевременная и адекватная передача информации об инцидентах, проблемах, потенциальных клинических и неклинических ошибках, неожиданных клинических исходах;

Анализ инцидента – правильная классификация инцидента, организация его разбора (с использованием различных методов, таких как анализ корневых причин, диаграмма Фишбоун и др.);

Анализ тенденций и корректирующих мер – выявление тенденций происхождения инцидентов на уровне структурных подразделений медицинского организации в целом;

Обратная связь – обеспечение обратной связи со структурными подразделениями для анализа полученных результатов с необходимыми рекомендациями, а также с пациентами или их родственниками для сообщения о принятых мерах и полученных результатах;

Выполнение корректирующих мер – мероприятия, направленные на устранение и предотвращение инцидентов;

Контроль мер – оценка эффективности профилактических мер или процедурных изменений, направленных на устранение инцидента или уменьшение риска несчастного случая, травмы, повреждения или утери личных вещей.

**Основные принципы при работе с инцидентами:**

- выражение сожаления,

- раскрытие информации о клиническом инциденте,

- поддержка персонала и обучение,

- поддержка недееспособных и несовершеннолетних,

- поддержка пациента,

- система обеспечения стандартов клинической практики,

- конфиденциальность,

- справедливость,

- некарательные меры,

- системный подход,

- командное решение,

**5. РЕСУРСЫ:**

1) Форма «Отчет об инциденте»;

2) «Ящик для жалоб и предложений».

**6. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ:**

1) форма «Отчет об инциденте»;

2) Анализ инцидента (акт расследования).

**7. ОПИСАНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ УПРАВЛЕНИЯ ИНЦИДЕНТАМИ**

**1) Общие положения**

a) В приоритете деятельности медорганизации – безопасность сотрудников, пациентов и посетителей. Учреждение принимает комплексные меры для повышения качества предоставляемых медицинских услуг, внедряет механизмы эффективного решения проблем, активного выявления и снижения медицинских ошибок и инцидентов, повышения безопасности, разработки и пересмотра процессов, функций и услуг.

b) Медорганизация руководствуется принципом, что ошибки в большинстве происходят в результате дефектов организации рабочих процессов, а не по вине индивидуального лица. Деятельность руководства направлена на улучшение систем и процессов, а не на дисциплинарное наказание лица, ответственного за ошибку или происшествие.

c) Медорганизация внедряет некарательные методы управления инцидентами (справедливая культура/культура безопасности), систему представления данных об инцидентах. Эти мероприятия способствуют тому, чтобы сотрудники без страха наказания сообщали о любой чрезвычайной ситуации, медицинской ошибке, травмах пациента/сотрудника/посетителей медорганизации, обо всех произошедших и потенциальных ошибках и инцидентах.

d) В течение 24 часов с момента происшествия инцидента всю информацию о нем документируют в «Отчете об инциденте» (см. Приложение 1) и передают ответственному структурному подразделению (Служба внутреннего аудита, Отдел менеджмента качества или др.) или отправляют в «Ящик для жалоб и предложений» для дальнейшего разбора.

**2) Порядок действий при инциденте:**

При выявлении инцидента/ошибки или потенциальной ошибки:

a) Выполните или обеспечьте мероприятия по улучшению состояния пациента (первая помощь, осмотр и пр.);

b) Выполните или обеспечьте выполнение мероприятий по защите здоровья окружающих (удаление потенциально опасных биологических жидкостей, предметов);

c) Сообщите об инциденте лечащему врачу и другим лицам – по необходимости;

d) Запечатлейте/сохраните факты, информацию об инциденте (запомнить состояние пациента при инциденте, взять образцы для анализа, сфотографировать место инцидента, сохранить упаковку, ампулу, этикетку препарата и др.);

e) В течение 24 часов с момента происшествия сообщите об инциденте в Службу внутреннего аудита (или другому ответственному структурному подразделению), заполните форму «Отчет об инциденте». При необходимости, сообщите руководителю подразделения, отделу ГО и ЧС и охранной службе;

f) При желании сохранить анонимность заполненные формы опустите в ящик для сбора жалоб и предложений.

g) Заполните и отправьте форму «Отчет об инциденте» по электронной почте руководителю Службы внутреннего аудита (или другому ответственному специалисту).

**3) Порядок действий после уведомления об инциденте:**

a) После уведомления об инциденте, эксперт оценивает вид инцидента по последствиям;

b) Ежеквартально в базу данных вводят обобщенную информацию о потенциальных инцидентах с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья. Данные анализирует ответственный эксперт.

c) При необходимости эксперт направляет в соответствующие структурные подразделения рекомендации и другие сведения об инциденте (потенциальные инциденты с незначительным риском и случившиеся ошибки с незначительным вредом для здоровья).

d) Все инциденты сортируют и разделяют:

* на случаи с медицинскими ошибками,
* с медикаментозными ошибками,
* с нанесением вреда здоровью,
* без вреда здоровью,
* немедицинские случаи.

a) Инциденты с медицинскими и медикаментозными ошибками направляют на рассмотрение курирующего заместителя руководителя медорганизации с последующим разбором специально созданной рабочей группой.

b) Немедицинские инциденты рассматривают в зависимости от специфики инцидента, с последующим разбором специально созданной рабочей группой при необходимости.

c) Ошибки и потенциальные ошибки со значительным вредом для здоровья оценивают в срочном порядке, разбор проводят в течение 48 часов.

d) По усмотрению эксперта Службы внутреннего аудита к разбору привлекают руководителей структурных подразделений, в которых произошел инцидент, либо ответственного за область инцидента.

e) Методика анализа может включать анализ корневых причин или другие методики улучшения качества.

f) По результатам анализа разрабатывают рекомендации (корректирующие меры).

g) План корректирующих мер доводят до сведения всех заинтересованных лиц, ответственных руководителей.

h) Служба внутреннего аудита контролирует выполнение корректирующих мер.

i) По результатом анализа инцидента, эксперт информирует сотрудников МО в следующем порядке:

* Результаты разбора медицинских и медикаментозных ошибок докладывают на ближайшем заседании Совета по качеству;
* Результаты разбора немедицинских случаев, связанных с безопасностью здания и коммунальными службами, докладывают на ближайшем заседании Комиссии по безопасности;
* Ежемесячно проводят структуризация данных по инцидентам поступивших за месяц;
* Ежеквартально осуществляют анализ тенденций по инцидентам;
* Периодически предоставляют отчеты о положении дел с инцидентами на рассмотрение Совета по качеству и в другие Комиссии по мере необходимости.

**9. ССЫЛКИ:**

1) Кодекс Республики Казахстан Кодекс РК от 07.07.2020 № 360-VI "О здоровье народа и системе здравоохранения": Статья 134. Права пациентов; Статья 135. Обязанности пациентов;

2) Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 6th Edition) для больниц, 6-е издание, Глава 9: Повышение качества и безопасность пациента, 2017г., США.

3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций», Приложение 2. Глава 1: Руководство. 6. Культура безопасности (не карательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности); 7. Управление качеством;

4) Open Disclosure. Health Care Professionals Handbook. © Commonwealth of Australia, 2003;

5) Canadian Disclosure Guidelines. Being open with patients. © Canadian Patient Safety Institute, 2011;

6) Disclosure of medical error: policies and practice. JawaharKalra,K.Lorne Massey, AmithMulla. J R Soc Med 2005;98:307–309;

7) Hospital Disclosure Practices: Results Of A National Survey. Rae M. Lamb, David M. Studdert, Richard M.J. Bohmer, Donald M. Berwick and Troyen A. Brennan Health Affairs, 22, no.2 (2003): 73-83;

8) iSixSigma. FEMA: Preventing a Failure Before Any Harm Is Done. Smith DL. Accessed November 16, 2016;

9) Streimelweger B, Wac K, Seiringer W. Human-factorbased risk management in the healthcare to improve patient safety. Int J E-Health and Med Commun (IJEHMC). 2016. Accessed Nov 16, 2016;

10) Carroll RL, et al. Enterprise Risk Management: A framwork fos success. Chicago, IL: American Society for Healthcare Risk Management, 2014.

**Изменения, актуализация**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Дата внесения изменений** | **Причина изменения, актуализация СОП** | **Внесенные изменения** | **Должность, ФИО**  **и подпись лица, внесшего изменения** | **ФИО**  **и подпись**  **зам. главного врача по МЧ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Изъятие**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата изъятия** | **Должность и ФИО, проводившего изъятие** | **Подпись** |
|  |  |  |

**Распределение**

|  |  |
| --- | --- |
| **Номер копии** | **Держатель** |
| **оригинал** |  |
| 1 |  |
| 2 |  |

**В пределах настоящей процедуры обучены и уполномочены к проведению вышеуказанных действий следующие сотрудники:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность** | **Дата обучения** | **Подпись обученного** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

**Лист оценки знаний**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **ФИО** | **Должность** | **Оценка обучения/зачет** | **Подпись обучающего** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |

**Приложение**

**ОТЧЕТ ОБ ИНЦИДЕНТЕ**

**Пожалуйста, заполните части I и II в течение 24 часов с момента происшествия инцидента (чрезвычайной ситуации, медицинской ошибки, травмы пациента или сотрудника) и передайте в кабинет № \_\_\_\_\_**

**Благодарим Вас за вклад в предотвращение неблагоприятных случаев!**

**Часть I. Общие данные об инциденте.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата инцидента: \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_г** | **Время инцидента:**  **\_\_\_ч \_\_\_мин** | **Место инцидента: (если важно, отделение, кабинет и др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата рождения пациента: \_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_** | | |
| **Особенности из анамнеза пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **есть аллергия ð беременность \_\_\_ недель заболевания почек заболевания печени** | | |
| **Заполнил/-а (по желанию, Ф.И.О.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ð врач мед.сестра(брат) санитар/-ка др.:** | | |
| **Вовлеченные лица:**  **Стационарный пациент**  **Амбулаторный пациент**  **Посетитель**  **Персонал:** | **Последствия:**  **Без вреда здоровью**  **Незначительный вред здоровью**  **Значительный вред здоровью**  **Летальный исход**  **Оказана помощь:**  **Помощь не требовалась**  **Местно (холод, повязка, обработка)**  **Наложены шины, швы или подобное**  **Операция**  **Госпитализация** | **Обстоятельства (при каких условиях, под влиянием каких факторов произошел инцидент):**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Часть II. Обозначьте вид чрезвычайной ситуации или медицинской ошибки.**

**МЕДИКАМЕНТЫ/ КОМПОНЕНТЫ КРОВИ ИХ НАЗНАЧЕНИЕ И ПРИМЕНЕНИЕ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. На каком этапе произошел инцидент?** | **закуп**  **выдача аптекой в отделение**  **хранениев отделении**  **назначение врачом**  **техника разведения**  **введение, применение**  **эффект от применения**  **во время гемотрансфузии** | **2. Укажите вид инцидента:** | **Не тому пациенту**  **Не тот медикамент/компонент крови**  **Не та доза (отсутствует нужная дозировка)**  **Не так проведено разведение (доза, состав)**  **Не тот путь введения**  **Не то время введения**  **Не та продолжительность введения**  **Медикамент с истекшим сроком годности**  **Нет в наличии- Без показаний**  **Аллергическая реакция**  **Осложнения (см. Памятку)** |
| **3. Причина инцидента?** | **3.1 Обеспечение медикаментами**  **Нет в наличии с \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  **Медикамент принесен извне, пациентом**  **Заменен другим из-за отсутствия**  **3.2 Назначение**  **Неправильно понято: устно/по телефону**  **Неразборчивый почерк**  **Непонятная аббревиатура (сокращение)**  **Назначение написано не полностью**  **3.3 Знания персонала**  **Нет источника информации (справочник)**  **Отсутствует в лекарственном формуляре** | | **3.4 Знания пациента**  **Не следовал/-а предписаниям**  **Языковой барьер**  **Не информирован, не обучен**  **3.5 Упаковка**  **Похожая упаковка (ошиблись по виду)**  **Похожее название (ошиблись по названию)**  **Отсутствие этикетки или обозначения**  **Неправильное обозначение, не та этикетка**  **3.6 Другие причины**  **Вследствие утомления, усталости, стресса**  **…** |

**УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ ОХРАНА И ЗАЩИТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Падение (с травмой или без)** | **Суицид /попытка суицида** |
| **Пролежень** | **Пациент был без наблюдения, что повлекло вред его здоровью, инвалидизацию, смерть** |
| **Ожог** | **Ребенок отдан чужим лицам** |
| **Удар электрическим током** | **Похищение пациента** |
| **Разлитие крови, др. биологической жидкости** | **Пациент покинул РЦСА/ушел без разрешения** |
| **Укол иглой, острым предметом** | **Физическое насилие** |
| **Производственная травма (кроме падения)** | **Сексуальное насилие** |
| **Неверная/ неточная запись в документах, ГИС** | **Неидентифицированное лицо (выдающее себя за персонал, проникшее в недозволенную зону)** |
| **Другое:** |  |

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Выбран неправильный участок тела/ орган** | **Название вмешательства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Правильный участок тела/орган: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Участок тела/орган, на котором выполнено вмешательство:** |
| **Выбран не тот пациент** | **Проведенное вмешательство:** |
| **Несвоевременное начало процедуры** | **Неготовность персонала вовремя начать и завершить вмешательство из-за:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Выбрана не та процедура** | **Запланированное вмешательство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Выполненное вмешательство:** |
| **Оставлено инородное тело** | **Название вмешательства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Объект/инородное тело:** |
| **Неожиданная смерть** | **Если смерть произошла во время или сразу после операции - название вмешательства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Неожиданная смерть при родах пациентки с неотягощенным анамнезом** |

**ОБОРУДОВАНИЕ, ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ (ИМН)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Использован нестерильный инструмент, ИМН** | **Название ИМН/ инструмента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Способ/причина заражения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Производитель ИМН/ инструмента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Проблема с эксплуатацией оборудования, ИМН** | **Название оборудования/ИМН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Проблема:** |

**Часть III. Заполняется руководителями подразделения:**

**1.**

**Результаты анализа первопричин:**

**1) Главная причина/фактор риска:**

**2) Другие причины/факторы риска:**

**2. Корректирующие меры:**

**1)**

**2)**

**3. Данные мониторинга**

|  |
| --- |
| **Дата/время подачи\_\_/\_\_/\_\_г. \_.\_м**  **Роспись подающего лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |