

6. WDRÓŻENIE SYSTEMU UNITDOSE NA ODDZIAŁACH ONKOLOGII, HEMATOLOGII, RADIOTERAPII

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------------|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| duży nakład sił i środków | --- | akceptowalne | Kierownik Apteki Szpitalnej | | | | | | | | | | | | | | |

7. URUCHOMIENIE NOWEJ PRACOWNI LEKÓW JAŁOWYCH I ANTYBIOTYKÓW

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------------|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| duży nakład sił i środków | --- | akceptowalne | Kierownik Apteki Szpitalnej | | | | | | | | | | | | | | |

8. ROZWÓJ USŁUGI FARMACJI KLINICZNEJ CELEM UTRZYMANIA WYSOKIEGO POZIOMU ZGODNOŚCI Z OBOWIĄZUJĄCYMI PROCEDURAMI ORAZ WCZESNEJ IDENTYFIKACJI NIEPRAWIDŁOWOŚCI

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| umiarkowany nakład sił i środków | działanie stałe | akceptowalne ale wymaga nadzoru | Koordinator Działu Farmacji Klinicznej | | | | | | | | | | | | | | |

9. KONTROLA REALIZACJI PROCEDUR PREWENCJI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH W CELU UTRZYMANIA WYSOKIEGO POZIOMU ZGODNOŚCI Z OBOWIĄZUJĄCYMI PROCEDURAMI ORAZ WCZESNEJ IDENTYFIKACJI NIEPRAWIDŁOWOŚCI

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| umiarkowany nakład sił i środków | działanie stałe | akceptowalne ale wymaga nadzoru | Kierownik Ośrodka Zwalczania Zakażeń Szpitalnych | | | | | | | | | | | | | | |

10. STANDARYZACJA POSTĘPOWANIA OKOŁOOPERACYJNEGO, W TYM KWALIFIKACJI ANESTEZJOLOGICZNEJ – WPROWADZENIE SKAL DASI I RCRI

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| duży nakład sił i środków | --- | akceptowalne ale wymaga nadzoru | Ordynator Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | | | | | | | |

11. WDRÓŻENIE WYSTANDARYZOWANEJ SKALI SZYBKIEJ OCENY STANU PACJENTA I WCZESNEGO WYKRYWANIA NAGŁEGO POGORSZENIA JEGO PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| duży nakład sił i środków | --- | akceptowalne ale wymaga nadzoru | Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Jakości/ Ordynator Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | | | | | | | |

12. PRZESzkOLENIE I POWOŁANIE ZESPOŁU PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO DO ZAKŁADANIA WKŁUĆ TYPU MIDLINE

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| duży nakład sił i środków | --- | akceptowalne ale wymaga nadzoru | Dyrektor ds. Pielęgniarstwa i Jakości/ Ordynator Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | | | | | | | | | | | | | |

13. POPRAWA FUNKCJONALNOŚCI SYSTEMU SZPITALNEGO HIS

| STOPIEŃ TRUDNOŚCI | CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA | RYZYKO | WŁAŚCICIEL | OKRES REALIZACJI (W MC 2026) | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| duży nakład sił i środków | działanie stałe | akceptowalne ale wymaga nadzoru | Dyrektor ds. Ekonomiczno – Finansowych/ Kierownik Działu IT | | | | | | | | | | | | | |

PREZES ZARZĄDU
Szpitala Specjalistycznego
Im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.
lek. med. Artur Asztalski