

فرم گزارش دهی خطاهای درمانی  
Medical Errors Report

مشخصات بیمار :

نام خانوادگی : نام : سن : شماره پرونده : جنس : تاریخ بستری :

اطلاعات مربوط به حادثه : تاریخ حادثه : ساعت حادثه : محل وقوع حادثه :  
شرح حادثه :آیا خطا منجر به آسیب به بیمار شده است ؟  بلی  خیرلطفاً " نوع خطای ایجاد شده را علامت  بزنید :

خطاهای دارویی	داروی اشتباه	خطاهای جراحی	جا ماندن وسیله جراحی در بدن بیمار
	دوز دارویی اشتباه		عضو اشتباه
	روش تجویز اشتباه		روش اشتباه
	بیمار اشتباه		بیمار اشتباه
	فراموش کردن دارو و یا زمان اشتباه		محل جراحی اشتباه
زمان اشتباه			

سایر موارد	مرگ یا ناتوانی جدی بیمار که در رابطه با سیر درمان بیمار نباشد	اقدام به خودکشی
	عوارض بیهوشی	تحویل نوزاد به فرد اشتباه
	ناسازگاری تزریق خون	سایر موارد

لطفاً هر نوع پیشنهاد جهت پیشگیری از وقوع این اتفاق را مکتوب نمایید تا در کمیته ایمنی بیمار مطرح گردد .

شماره  
تاریخ :

این قسمت توسط کارشناس ایمنی بیمار تکمیل گردد

نتیجه بررسی :

اقدامات مداخله ای و اصلاحی :

آلی این تجربه را جهت کلهه کارکنان به اشتراک گذاشته ابع :  بلای  خیه   
راه های آموزشی :

نام و نام خانوادگی تحلیل کننده خطا

امضاء