

نمونه فرم گزارش خطا

مشخصات بیمار (اختیاری)	
نام خانوادگی:	نام پدر:
سن:	شماره پرونده:
تشخیص:	
تاریخ وقوع خطا : ۱۳...../...../.....	
<input type="checkbox"/> شکایت بیمار	<input type="checkbox"/> شاهد خطا
نحوه اعلام خطا: خود گزارش دهی <input type="checkbox"/>	
نوع خدمات:	
<input type="checkbox"/> پزشکی	<input type="checkbox"/> پرستاری
<input type="checkbox"/> آزمایشگاه	<input type="checkbox"/> تصویربرداری
<input type="checkbox"/> داروخانه	<input type="checkbox"/> بهداشت محیط و خدمات
<input type="checkbox"/> تجهیزات پزشکی	<input type="checkbox"/> تاسیسات
سایر موارد	
شرح خطا:	
شدت آسیب:	
<input type="checkbox"/> مرگ	<input type="checkbox"/> از دست دادن دائمی یکی از کارکردهای بدن
<input type="checkbox"/> کاهش دائمی یکی از کارکردهای بدن	<input type="checkbox"/> افزایش اقامت بیمار در بیمارستان به دلیل آسیب موقت
<input type="checkbox"/> افزایش مداخلات و اقدامات درمانی به دلیل آسیب موقت	<input type="checkbox"/> بدون آسیب تنها نیاز به پایش بیمار
<input type="checkbox"/> بدون آسیب به بیمار	<input type="checkbox"/>
عوامل موثر در بروز خطا:	
آیا خطا قابل پیش گیری بوده است؟	
<input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بلی
اقدام اصلاحی پیشنهادی:	
اطلاعات گزارش دهنده (اختیاری)	
نام و نام خانوادگی:	سمت:
بخش:	امضا:
تاریخ:	