

عنوان: دستورالعمل نحوه ي گزارش دهی اختیاری و اجباري خطاها

تاریخ تدوین: ۹۴/۷/۱۰

تاریخ بازبینی مجدد: بهمن ماه ۹۶

تاریخ بازبینی: بهمن ماه ۹۵

شماره دستورالعمل: ب.ک. ایمنی/د/ ۱

تعداد صفحات: ۹ صفحه

مدیریت/ گروه تایید کننده: ریاست بیمارستان- مسئول فنی/ ایمنی - مدیریت بیمارستان- مدیر پرستاری مرکز

گروه تدوین: واحد بهبود کیفیت (مدیریت خطا/ ایمنی بیمار) بیمارستان سیدالشهدا (ع)

منابع:

- حیدر پور پ، دستجردی ر، رفیعی س، سادات م، مستوفیان ف. ۱۳۹۰. آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی. چاپ اول. تهران: انتشارات تندیس.
- خلیقی نژاد ن، عطایی م، هادی زاده ف. ۱۳۸۷. دریچه ای به حاکمیت بالینی و تعالی خدمات بالینی. چاپ اول. اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان.
- مقررات و ضوابط داخلی مرکز.

افراد مشاور:

مدیریت بیمارستان حمید رضاشریفی	مسئول فنی/ ایمنی دکتر ولی اله مهرزاد	فانم مقام بیمارستان دکتر سید مهدی سجادی	ریاست بیمارستان دکتر رضا اشراقی
	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار یاسمین ملازاده	مسئول بهبود کیفیت لیلاپور آذر	مدیر پرستاری بیمارستان مرتضی صبوری

## معرفي دستور العمل:

مراقبت های سلامت به طور غیر قابل اجتنابی با افزایش بروز خطر برای ایمنی بیمار و تهدید سلامت وی همراه است. در رویکرد سیستمیک و با عنایت به این موضوع که انسان امکان انجام خطا دارد، نحوه طراحی، سیستم، شرایط آن و نحوه پاسخ دهی سیستم به نواقص و شکست ها تعیین کننده نتیجه نهایی یک خطا بر روی سلامت بیمار، است. ارزیابی حوادث نه برای پیدا کردن مقصر، اعمال تنبیه و سرزنش بلکه امکان یادگیری، تشخیص و درمان یک مشکل عمده را در طراحی و کارکرد سیستم سلامت، به ما نشان می دهد. لذا در راستای افزایش ایمنی و ارتقاء سلامت بیمار، وجود دستور العمل مشخص در ارتباط با تحلیل و شیوه ی گزارش دهی اختیاری/ اجباری خطاها ضروری می باشد.

## خط مشی:

بیمارستان سیدالشهدا (ع) می کوشد تا با اجرای صحیح فرایند گزارش دهی اختیاری/ اجباری خطاها در راستای افزایش ایمنی بیمار و تعالی اهداف بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار گام بردارد.

## حوزه ي خط مشی:

کلیه ي پرسنل ارائه دهنده ي خدمات به بیماران

## اهداف:

- افزایش سطح ایمنی بیمار
- افزایش سطح کیفیت خدمات به بیماران
- ایجاد فرهنگ گزارش دهی داوطلبانه خطا جهت کشف و شناسایی خطاهای مهم.
- برقراری و مستندسازی فرآیندهای شناسایی و تحلیل و بازخوانی و اصلاح خطاها
- شناسایی دلایل بروز خطا در بالاترین سطح، سطح میانی و در سطح عملیاتی.
- تفسیر و بازخوانی خطاها.
- اتخاذ تصمیمات منتهی به پیشگیری و رفع خطاهای آتی.
- سنجش ، اندازه گیری و بکارگیری راه حل های جدید.

## تعاریف واژه ها:

خطاهای پزشکی: قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که بطور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود. این تعریف به طور مشخص حیطه های کلیدی عمل خطا (قصور با ارتکاب، برنامه ریزی و اجرا) را در برمی گیرد.

انواع خطاهای پزشکی: خطاهای پزشکی، انواع مختلفی دارند. برخی از شایع ترین انواع آن شامل:

- خطا در تشخیص
- خطای دارویی
- خطای جراحی
- خطای آزمایشگاهی
- خطای رادیولوژی
- خطای مدیریتی
- عفونت های بیمارستانی
- خطاهای درمانی
- خطای مراقبتی
- خطاهای ثبتی

خطاهای اجرایی: زمانی که اقدامات و فعالیت های انجام شده بر طبق انتظار و به شکلی صحیح و مناسب صورت نگرفته باشد. خطاها به صورت غیر عمدی حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند. این نوع خطاها خود را در زمان برقراری ارتباط بین بیمار و ارائه دهنده مراقبت نشان می دهد. که به دو صورت lapse یا slipe رخ می دهد.

خطای slipe: به معنای این است که این خطا وقتی رخ می دهد که در طی انجام روتین وظایف وقفه ای ایجاد می شود. مثلاً وقتی هنگام آماده کردن دارو برای تزریق، به علت وقفه و یا حواس پرتی، دوز اشتباه در سرنگ کشیده می شود. این نوع خطا مسئول ۹۰٪ خطاهایی است که در حوزه مراقبت های سلامت رخ می دهد و علت آن شرایط و موقعیتی است که ارائه کننده خدمات درونی در آن قرار دارند. مثال: قرار دادن نقطه اعشار در جای نامناسب ممکن است باعث ده برابر شدن دوز دارو شود.

خطای lapse: وقتی اتفاق می افتد که از یک گایدلاین پیروی نمی شود.



### خطای فعال (active) و خطاهای مخفی (latent):

افراد از خطاهای فعال بیشتر آگاهی دارند چون بیشتر به چشم می آیند و نتایج فوری روی بیماران می گذارند. خطاهای مخفی در نتیجه یکسری فاکتورهای سازمانی مانند ساختار، محیط، تجهیزات، فرآیندها، فرهنگ، مقررات و مدیریت به وقوع می پیوندند. این نوع از خطاها اغلب ریشه در فرهنگ سازمانی دارند ممکن است سال ها مخفی بمانند تا زمانی که مجموعه ای از شرایط اجازه بدهند تا خطا خود را آشکار کند. مثال از خطای مخفی:

- ۱- عملکرد بی ثبات و متغیر داروخانه ها در انبارداری دارویی هایی که اسامی مشابه یا شکل های مشابه دارند.
- ۲- نبود سیاست هایی برای برجسب زدن داروها با نام های ژنریک و تجاری.
- ۳- عدم وجود خط مشی برای محاسبه دوزاژ دارو برای داروهایی پرخطر یا برای بیماران آسیب پذیر.
- ۴- استفاده پاره وقت از پرسنل آموزش ندیده.

نکته : خطاهای مخفی می توانند تحت شرایط مقتضی به خطاهای فعال تبدیل می شوند. خطاهای مخفی با عنوان اتفاقاتی شناخته می شوند که منتظر وقوع هستند، در حالی که خطاهای فعال نقطه توجهی برای شروع تحلیل ریشه ای هستند و با تجربه و تحلیل عوامل موثر در وقوع خطا به روش تحلیل ریشه ای وقایع، مجموعه ای از عوامل خطا شناسایی می شوند.

### حوادث مرگ آفرین و ناگوار (sentinel event) :

- وقایع غیر منتظره منجر به مرگ یا صدمه جدی فیزیکی یا فیزیولوژیک.

### خطاهای برنامه ریزی (planning error) :

این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیت های مرتبط با حل مساله رخ می دهد. خطاهای این مرحله زمانی خود را نمایان می سازند که پیامدهای دلخواه برای بیمار ان محقق نشود. این دسته خطاها به علت کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار، روش های درمان و تجویز دارو هستند. خطاهای مرحله برنامه ریزی ممکن است به بیمار ان آسیب بزند یا آن را متحمل آسیب خطر نکند. البته اثرات و پیامدهای نامطلوبی را بدنبال خواهد داشت.

مثال :

تجویز زود هنگام آسپرین به منظور درمان MI (انفارکتوس قلبی) سبب کاهش مرگ و میر می شود و اگر برای بیمارانی که شرایط دریافت این دارو را دارند تجویز مناسب صورت نگیرد خطای مرحله برنامه ریزی منظور خواهد شد. نکته : اقدامات پزشکی که مبنی بر تحقیق، پژوهش و شواهد بالینی باشد سبب کاهش خطاها و افزایش ایمنی بیمار می شود.

### نزدیک به خطا (NEAR-MISS/CLOSE CALL) :

- اشتباهی که توانایی بالقوه ایجاد حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما به علت شانس متوقف شده و روی نداده است.

- علت خوش شانسی (good fortune reasons):

- ۱- قوی بودن بیمار (تزیق پنی سیلین به بیمار دارای سابقه آلرژی ولی عدم ایجاد واکنش بیمار)
- ۲- مداخله همزمان افراد یا اعمال دیگر (پرستار متوجه تجویز اشتباه پزشک می شود).
- ۳- مرور مجدد اطلاعات، بررسی مجدد نام بیمار و نوع داروی تزریقی.

### سیستم های گزارش دهی اجباری:

بیشتر برای خطاهایی که منجر به آسیب جدی شده اند بکار می رود و یک دایره ی قانونی که جزئی از بیکره ی دولت است موظف به گزارش آنها می باشد. این گونه خطاها که توسط فرایند ممیزی قابل کشف هستند، تنبیه های قانونی به دنبال دارند و جامعه حق دارد که در مورد آنها اطلاع داشته باشد.

## سیستم های گزارش دهی اختیاری:

برای شناسایی خطاهایی که به آسیب جدی منجر نشده اند (حوادث بدون عارضه و موارد نزدیک به خطا) به کار می روند.

### فرایند نحوه ی گزارش دهی اختیاری خطاها:

۱- در مواردی که منجر به آسیب جدی برای بیمار نشده اند (حوادث بدون عارضه و موارد نزدیک به خطا) کادر درمانی ملزم به گزارش دهی خطا نمی باشد.

۲- فرد گزارش دهنده ی خطا، در صورت تمایل به افشای خطا می بایست فرم مربوط به گزارش دهی اختیاری خطا را تکمیل نماید.

تذکر: گزارش دهی اختیاری خطا، هیچ گونه عواقبی را متوجه فرد گزارش دهنده ی خطا نخواهد کرد.

۳- فرد گزارش دهنده ی خطا، در گزارش دهی اختیاری خطاها، ملزم به افشای نام و نام خانوادگی خود نمی باشد.

۴- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است ماهیانه داده های مربوط به خطاها را جمع آوری و ضمن رعایت اصل محرمانه بودن خطاها، نوع خطاهای صورت گرفته را بدون ذکر نام و نام خانوادگی فرد عامل خطا و فرد گزارش دهنده به مسئول فنی / ایمنی اعلام نماید.

۵- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است داده های مربوط به خطاها را جمع آوری، تجزیه و تحلیل و هر ۳ ماه یکبار نتایج را به ریاست بیمارستان و مسئول فنی / ایمنی ارائه نماید.

۶- مسئول فنی / ایمنی نتایج تجزیه و تحلیل خطاهای پزشکی را در تیم مدیریت اجرایی مطرح می نماید.

۷- در تیم مدیریت اجرایی اخذ تصمیمات اصلاحی / پیشگیرانه / برنامه بهبود کیفیت تدوین و به سرپرستاران و مسئولین واحدها ابلاغ می شود.

۸- مسئول فنی / ایمنی بیمار بر اجرای آن اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت ابلاغی نظارت می نماید.

تذکر: جهت ایجاد فرهنگ گزارش دهی خطا، فرد گزارش دهنده ی خطا، مورد تنبیه و سرزنش قرار نخواهد گرفت و از طریق برگه تشویقی کتبی، افزایش کارانه مورد تشویق قرار خواهد گرفت.

## دستورالعمل نحوه ي گزارش دهی اجباري خطاها :

بطور كلي خطاهایی که کادر درمانی شامل ( پزشک، پرستار، ماما، تکنسین اتاق عمل، تکنسین بیهوشی، بهیار و کمک بهیار) ملزم به گزارش دهی آنها می باشند شامل موارد زیر است:

- ۱- سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
- ۲- آسیب حین تولد نوزاد
- ۳- سوختگی با کوتر در اتاق عمل
- ۴- انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
- ۵- ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه حاد گردد.
- ۶- جاماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
- ۷- تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر ( با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد.
- ۸- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ۹- ایجاد زخم فشاری درجه ۳ و ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری
- ۱۰- خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ
- ۱۱- آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- ۱۲- شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
- ۱۳- عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
- ۱۴- تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه
- ۱۵- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ای ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.

## فرایند نحوه ي گزارش دهی اجباري خطاها :

- ۱- در مورد خطاهایی که منجر به آسیب به بیمار شده اند، کادر درمانی ملزم به گزارش دهی خطای خود می باشند.
- ۲- کادر درمانی در صورت انجام و یا مشاهده ي خطاهایی که منجر به آسیب به بیمار شده اند، می بایست فرم مربوط به گزارش دهی خطاهای اجباري را به دقت تکمیل نمایند.
- ۳- فرد گزارش دهنده ي خطا می بایست نام و نام خانوادگی فرد خاطی را بر روی فرم گزارش دهی اجباري خطا بنویسد.
- ۴- فرد گزارش دهنده ي خطا می بایست پس از تکمیل فرم گزارش دهی اجباري خطا رابه دفتر پرستاری یا واحد ایمنی بیمار تحویل نمایند.
- ۵- دفتر پرستاری موظف است که پس از پیگیری های لازم فرم های گزارش دهی اجباري خطا را به کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار تحویل دهد.
- ۶- کارشناس هماهنگ کننده ایمنی موظف است خطاها را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و ظرف ۲۴ ساعت جلسه مشترک تیم مدیریت اجرایی با تیم ایمنی را برگزار نماید و نتیجه جلسه را به سرپرستاران و مسئولین واحدها اعلام نماید.

فرآیند نحوه ی جمع آوری فرم های گزارش دهی خطا در این مرکز به دو شیوه زیر انجام می شود:

- ۱- صندوق پیش به سوی ایمنی در کلیه ی بخشها و واحدها نصب شده است که ماهی یکبار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار فرم های موجود در آن جمع آوری می شود.
- ۲- پرسنل مرکز پس از تکمیل فرمهای گزارش دهی خطا، فرم را مستقیماً به کارشناس مسئول ایمنی بیمار تحویل می دهند.

کد: FO/SP/O62/R:1 تاریخ تدوین: مهر ماه ۱۳۹۵ تاریخ بازنگری: مهرماه ۱۳۹۶	<b>بیمارستان سیدالشهداء(ع)</b> <b>فرم گزارش دهی اختیاری خطا</b>	
<p>با سلام و قدردانی از احساس تعهد شما به ایمنی بیمار و اصلاح فرآیندها و افزایش کیفیت خدمات درمانی، فرم گزارش دهی خطاهای پزشکی با هدف یادگیری از خطاها، طراحی گردیده است. این فرم صرفاً توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار قابل دسترسی بوده و اطلاعات آن کاملاً محرمانه می باشد. خواهشمند است جهت جلوگیری از بروز خطاهای مشابه و تکراری در بیمارستان خطاهایی را که در محیط کاری خود مشاهده می نمائید در فرم ذیل وارد نمایید.</p>		
	نام و نام خانوادگی: سابقه کار:	<b>مشخصات فرد گزارش دهنده خطا</b> (تکمیل این قسمت اختیاری می باشد)
<input type="checkbox"/> خدمات: <input type="checkbox"/> سایر فراگیران: <input type="checkbox"/> سایر موارد:	<input type="checkbox"/> پرستار: <input type="checkbox"/> کمک بهیار: <input type="checkbox"/> پرسنل آزمایشگاه: <input type="checkbox"/> فراگیران پزشکی: <input type="checkbox"/> کمک بهیار: <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه:	<b>عامل خطا</b> <input type="checkbox"/> پزشک: <input type="checkbox"/> فراگیران پرستاری: <input type="checkbox"/> پرسنل رادیولوژی:
	شیفت بروز خطا/حادثه:	<b>تاریخ خطا/حادثه</b> تاریخ بروز خطا/حادثه: تاریخ تکمیل فرم:
		<b>شرح خطا/حادثه</b>
<b>وجود یا عدم وجود عارضه</b>		

### نوع خطا

خطای دارویی	داروی اشتباه <input type="checkbox"/>	دوز اشتباه <input type="checkbox"/>	اشتباه در زمان تجویز <input type="checkbox"/>	اشتباه در راه تجویز <input type="checkbox"/>	استفاده از حلال نا مناسب <input type="checkbox"/>
	اشتباه در سرعت انفوزیون <input type="checkbox"/>	از قلم افتادن دارو <input type="checkbox"/>	عدم توجه به عوارض و واکنش های دارویی <input type="checkbox"/>	شناسایی اشتباه بیمار <input type="checkbox"/>	داروی تاریخ گذشته <input type="checkbox"/>
	تکرار داروی تجویز شده <input type="checkbox"/>	ثبت اشتباه دارو <input type="checkbox"/>	فراموشی زمان دارو دادن <input type="checkbox"/>	عدم توجه به تداخلات دارویی <input type="checkbox"/>	حذف دارو <input type="checkbox"/>
خطای آزمایشات/بانک خون	اشتباه در ثبت شماره پرونده <input type="checkbox"/>	اشتباه در ثبت مشخصات بیمار <input type="checkbox"/>	ارسال نمونه از بیمار اشتباه <input type="checkbox"/>	عدم تطبیق مشخصات برچسب نمونه ارسالی <input type="checkbox"/>	اشتباه در پذیرش نوع آزمایش <input type="checkbox"/>
	عدم رعایت شرایط نمونه گیری <input type="checkbox"/>	اشتباه در جواب دهی آزمایشات <input type="checkbox"/>	تاخیر در جوابدهی <input type="checkbox"/>	گم شدن نمونه /ریختن نمونه در آزمایشگاه <input type="checkbox"/>	عدم گزارش به موقع مقادیر بحرانی <input type="checkbox"/>
	شکستن لوله آزمایش در دستگاه <input type="checkbox"/>	سایر موارد <input type="checkbox"/>			
خطای پاتولوژی	خطا در ثبت نام/شماره پرونده بیمار <input type="checkbox"/>	ریختن نمونه/خطا در حمل نمونه <input type="checkbox"/>	تشخیص/ریپورت اشتباه <input type="checkbox"/>	تاخیر در جوابدهی <input type="checkbox"/>	ارسال نمونه با نام اشتباه <input type="checkbox"/>
	گم شدن نمونه <input type="checkbox"/>	سایر موارد <input type="checkbox"/>			
خطای درمانی	انجام جراحی در موضع یا عضو اشتباه <input type="checkbox"/>	انجام جراحی بر روی بیمار اشتباه <input type="checkbox"/>	انجام پروسیجر روی بیمار اشتباه <input type="checkbox"/>	اشتباه در انجام پروسیجر درمانی <input type="checkbox"/>	لوله گذاری سخت داخل نای <input type="checkbox"/>
	انجام عمل غیر ضروری <input type="checkbox"/>	جا ماندن اشیاء خارجی در بدن بیمار <input type="checkbox"/>	تشخیص اشتباه <input type="checkbox"/>	خطا در انجام بیهوشی عمومی یا موضعی <input type="checkbox"/>	انجام پروسیجر اشتباه روی بیمار اشتباه <input type="checkbox"/>
خطای رادیولوژی/سونوگرافی	گرفتن گرافی از موضع اشتباه <input type="checkbox"/>	گرفتن گرافی از بیمار اشتباه <input type="checkbox"/>	دادن جواب یا کلیشه/CD اشتباه به بیمار <input type="checkbox"/>	ثبت اشتباه نام بیمار بر روی کلیشه /CD <input type="checkbox"/>	تجویز داروی حاجب اشتباه به بیمار <input type="checkbox"/>
	عدم انجام مراقبت ها و آمادگی های قبل از انجام گرافی <input type="checkbox"/>	عدم گزارش به موقع موارد بحرانی <input type="checkbox"/>	خطا در انجام گرافی که منجر به انجام گرافی مجدد از بیمار شود <input type="checkbox"/>	تاخیر در گزارش دهی گرافی ها و سونوگرافی ها <input type="checkbox"/>	خطا در تشخیص به علت قدیمی بودن دستگاه <input type="checkbox"/>
	انجام سونوگرافی از بیمار اشتباه <input type="checkbox"/>	انجام سونوگرافی اشتباه در بیمار <input type="checkbox"/>	گزارش اشتباه/تشخیص اشتباه <input type="checkbox"/>	خطا در آمادگی های قبل از انجام سونوگرافی <input type="checkbox"/>	خطا در ثبت نوع سونوگرافی در HIS <input type="checkbox"/>
خطای داروخانه	تحویل داروی اشتباه <input type="checkbox"/>	تحویل داروی مشابه <input type="checkbox"/>	تحویل داروی تاریخ گذشته <input type="checkbox"/>	تحویل تجهیزات اشتباه <input type="checkbox"/>	تحویل تجهیزات تاریخ گذشته <input type="checkbox"/>
	تحویل داروی فاسد	ثبت دارو/تجهیزات	تحویل دارو بدون برچسب	حذف داروی درخواست	سایر موارد <input type="checkbox"/>



	<input type="checkbox"/> شده	<input type="checkbox"/>	تحويل داده نشده <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
خطای راديو تراپی / پزشکی هسته ای	خطا در محاسبه دوزیمتری اشعه <input type="checkbox"/>	اشتباه در انجام اسکن / راديو تراپی <input type="checkbox"/>	زیر جلدی شدن دارو <input type="checkbox"/>	خطا در تزریق اشتباه راديو دارو <input type="checkbox"/>	
					خطای مراقبتی
					خطای ثبتی
					خطای مدیریتی

### علل ایجاد خطا

پایین بودن سطح آگاهی <input type="checkbox"/>	عدم تجربه در کار <input type="checkbox"/>	خستگی <input type="checkbox"/>	ناتوانی در برقراری ارتباط با بیمار <input type="checkbox"/>	بی دقتی <input type="checkbox"/>	نیروی انسانی
سایر موارد <input type="checkbox"/>	عدم ثبت دقیق اقدامات انجام شده <input type="checkbox"/>	ناخوانا بودن دست خط پزشک/پرستار <input type="checkbox"/>	شناور بودن تخت ها <input type="checkbox"/>	ضعف در محاسبه دوز دارویی <input type="checkbox"/>	
	سایر موارد <input type="checkbox"/>	خراب بودن تجهیزات <input type="checkbox"/>	آماده بکار نبودن تجهیزات <input type="checkbox"/>	کافی نبودن تجهیزات <input type="checkbox"/>	تجهیزات
	سایر موارد <input type="checkbox"/>	ازدحام و شلوغی <input type="checkbox"/>	سر و صدای زیاد <input type="checkbox"/>	روشنایی کم <input type="checkbox"/>	عوامل محیطی / فیزیکی
سایر موارد <input type="checkbox"/>	بیشتر از ۳ بار <input type="checkbox"/>	سه بار <input type="checkbox"/>	دو بار <input type="checkbox"/>	یک بار <input type="checkbox"/>	دفعات وقوع خطا / حادثه
		واقعه قابل پیشگیری نبوده است <input type="checkbox"/>		واقعه قابل پیشگیری بوده است <input type="checkbox"/>	قابلیت پیشگیری خطا / حادثه
					پیشنهادات برای جلوگیری از بروز خطای مجدد

اقدامات اصلاحی جهت پیشگیری از بروز مجدد خطا(این قسمت توسط واحد بهبود کیفیت - واحد ایمنی بیمار )