

فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان



بیماران

اطلاعات دموگرافیک

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: مونث مذکر سن:

نحوه ورود به بیمارستان: اورژانس الکتیو

نوع خدمت: سرپایی بستری (تاریخ بستری / / ۱۳..... نام بخش بستری:) (.....)

نحوه اعلام و گزارش دهی:

اطلاعات حادثه

تاریخ وقوع: / / ۱۳..... ساعت وقوع:

نوع حادثه:

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

توضیحات

.....

.....

گزارش اقدامات انجام شده

.....

.....

.....

.....

امضاء مقام مافوق

امضاء کارشناس