|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | بسمه تعالی  دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهران  بیمارستان **…**  گزارش خطاها و حوادث نا خواسته |  |
| **نام و نام خانوادگی بیمار:........................................ تشخیص:.............................. بخش:.................................. تاریخ بستری:......................... شماره پرونده:.......................................... جنس:..................................... سن:...................................**  **تاریخ و ساعت بروز واقعه:...................................... تاریخ و ساعت اطلاع به مسئول مافوق: ............................................**  **رده شغلی فرد/افراد خطا کننده:.......................... تاریخ و ساعت اطلاع به واحد ایمنی بیمار: .......................................**  **نوع واقعه**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **موارد**  **دارویی** | **تجویز یا تزریق داروی اشتباه** |  |  | **موارد**  **جراحی**  **و**  **پروسیجر** | **جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار** |  | | **تجویز یا تزریق دوز دارویی اشتباه** |  | **عضو اشتباه** |  | | **تجویز یا تزریق به روش اشتباه** |  | **روش اشتباه** |  | | **تجویز یا تزریق برای بیمار اشتباه** |  | **بیمار اشتباه** |  | | **تجویز یا تزریق در زمان اشتباه** |  | **محل اشتباه** |  | | **فراموش کردن دارو** |  | **خونریزی یا هماتوم بعد از عمل/ پروسیجر** |  | | **تداخل داروئی** |  | **عفونت پس از عمل/ پروسیجر** |  | | **آسیب به احشا یا عروق و ...** |  |   **5**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **سایر موارد** | **انتقال غیر ایمن** |  | **عوارض بیهوشی** |  | **عوارض اینتوباسیون** |  | | **نمونه گیری اشتباه** |  | **واکنشهای ترانسفوزیون خون** |  | **عفونت بیمارستانی** |  | | **اقدام درمانی جهت بیمار اشتباه** |  | **افتادن بیمار** |  | **مفقود شدن نمونه یا مدارک بیمار** |  | | **زخم بستر** |  | **سوختگی با کوتر** |  | **موارد رادیولوژی** |  | | **اقدام به خودکشی** |  | **پارگی مجرای ادرار** |  | **موارد آزمایشگاهی** |  | | **آمبولی ریوی** |  | **عفونت بیمارستانی** |  | **آسیب به نوزاد حین تولد** |  | | **فلبیت** |  | **نشت خارج عروقی دارو یا سرم** |  | **موارد ثبت اشتباه** |  |   **سایر موارد:......................................................................................................**  **لطفاً شدت واقعه را بر اساس طبقه بندی زیر علامت بزنید**  **نزدیک به وقوع خطا ( تا آستانه وقوع پیش رفته ولی خطا رخ نداده است) .** **Near Miss..........................**  **بدون آسیب واضح..** **No Harm........................................................................................................................**  **آسیب موقت ، افزایش سطح مراقبت و نیاز به مداخله سرپایی..** **Harm.........................................................**  **آسیب موقت ، افزایش سطح مراقبت و افزایش طول مدت بستری....** **Harm.................................................**  **آسیب دائمی..** **Sentinel Event.......................................................................................................................**  **مرگ** .... **Sentinel Event**..................................................................................................................................................................  **شرح واقعه:**  **اقدامات انجام شده جهت کنترل واقعه:**  **عوامل و شرایط ایجاد کننده واقعه:**  **عوارض یا مشکلات ایجاد شده در نتیجه واقعه:**  **چه راهکارهایی جهت پیشگیری از وقوع مجدد پیشنهاد می کنید؟** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **این قسمت توسط کارشناس ایمنی بیمار تکمیل گردد** | **شماره**  **تاریخ:** |   **نتیجه بررسی:**  **اقدامات مداخله ای و اصلاحی:**  **آیا این تجربه جهت یادگیری کلیه کارکنان به اشتراک گذاشته می شود؟ بلی خیر**  **راه های آموزشی:**        **نام و نام خانوادگی کارشناس ایمنی**  **امضاء و تاریخ** |