|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | بسمه تعالیدانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي‌،درماني تهرانبیمارستان **…**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** |