

نام و نام خانوادگی بیمار: کد بیمار: سن:
نام پزشک معالج: نام بخش: تاریخ و ساعت وقوع حادثه:

سرپرستار /مسئول واحد / پرستار محترم لطفاً در صورت وقوع هرگونه حادثه برای بیمار (سقوط ، ضربه، سوختگی با کیف آبگرم، هماتوم شدید ناحیه رگ گیری ، خودکشی بیمار در بخش بستری، خطای دارویی منجر به فوت بیمار، هموتوراکس یا پنوموتوراکس بدنبال انجام پروسیجر ، انجام پروسیجر بر روی بیمار اشتباه یا عضو اشتباه) فرم زیر تکمیل و به دفتر معاونت درمان و دفتر پرستاری ارسال گردد.

با تشکر

۱. شرح مختصری از حادثه:

۲. علت بوجود آمدن حادثه:

۳. عضو حادثه دیده:

۴. اقدامات انجام شده:

۵. نتیجه :

نام و نام خانوادگی سرپرستار/مسئول واحد / پرستار

مهر و امضاء