



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 (به جز حوادث ۲۸ گانه که بایستی براساس دستورالعمل مربوطه اقدام شود) 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:

.....

مهر و امضای دستیار/پزشک  
مهر و امضاء

نام و نام خانوادگی پرستار / سرپرستار  
مهر و امضا