

اطلاعات دموگرافیک

نام بیمارستان: ..... شهر: ..... نام دانشگاه علوم پزشکی: .....

نوع بیمارستان: ..... وابستگی: .....

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... جنسیت: .....  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: .....  AM  PM

نوع حادثه (۲۸ مورد وقایع و حوادث ناگوار):

توضیحات در مورد حادثه

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضاء مقام ما فوق

امضاء کارشناس