

فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

اطلاعات دموگرافیک

نام بیمارستان: شهر: نام دانشگاه علوم پزشکی:

نوع بیمارستان: وابستگی:

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: مونث 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:

- سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ
- انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه
- مرگ و یا عارضه نوزاد با مادر بر اثر زایمان
- ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه حاد گردد.
- جاماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی
- تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر (با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد.
- عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار
- ایجاد زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری
- خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ
- آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی
- شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد
- عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.
- تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی درباره زمان کوتاه
- سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.

توضیحات:

.....

.....

گزارش اقدامات انجام شده:

.....

.....

امضاء مقام ما فوق

امضاء کارشناس