



اطلاعات فرم خطا به صورت محرمانه بررسی و به منظور استفاده از تجربیات شما می باشد. پیشاپیش از همکاری و احساس مسئولیت شما صمیمانه قدردانی می نمائیم.

۱. گزارش دهنده: نام و نام خانوادگی (اختیاری).....

سمت: پزشک (معالج مشاور دستیار اینترن پرسنل (پرستار ماما اتاق عمل هوشبری دانشجو سایر

۲. نام و نام خانوادگی فردی که دچار خطا یا حادثه شده..... سن.....

سمت: پزشک (معالج مشاور دستیار اینترن پرسنل (پرستار ماما اتاق عمل هوشبری دانشجو بیمار همراه بیمار سایر

۳. خطا یا حادثه منجر به کدام آسیب شده است؟ آسیب بیمار آسیب تجهیزات پزشکی آسیب پرسنل

۴. قبلا نیز شاهد بروز این حادثه بوده اید؟ بلی خیر

۵. نوع اتفاق:

۶. تاریخ و ساعت وقوع:

۷. محل وقوع:

۸. عوامل ایجاد خطا یا حادثه چیست؟

۹. اتفاق را بطور کامل شرح دهید؟

۱۰. اقدامات پیشگیرانه انجام شده قبل از بروز خطا یا حادثه چه بوده است؟

۱۱. راهکارهای پیشنهادیتان چیست؟