



عنوان فرم:

فرم گزارش دهی خطاهای درمانی
Medical Errors Report

شماره فرم: MA-FO - ۸۸

شماره ویرایش: D

صفحه: ۱ از ۲

کد خطا:

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: سن: جنس: بخش/واحد: شماره پرونده: تاریخ بستری:

اطلاعات مربوط به واقعه/ خطای درمانی:

- نوع خطا: نزدیک به خطا (Near miss) وقایع ناخواسته منجر به مرگ یا عارضه جدی (Adverse Events)
- تاریخ وقوع: ساعت وقوع: شیفت: محل وقوع:
- فرد/ واحد مرتبط با بروز خطا: پزشک رزیدنت/انترن پرستار بهیار کمک بهیار خدمات آزمایشگاه
- تصویب برداری تاسیسات داروخانه پذیرش فراگیران سایر
- شرح حادثه:

- آیا واقعه/ خطای درمانی منجر به آسیب شده است؟ بلی خیر
- در صورت پاسخ بلی به سوال فوق بروز واقعه/ خطای درمانی منجر به آسیب کدام مورد شده است؟
- آسیب به بیمار آسیب به پرسنل آسیب به تجهیزات پزشکی آسیب به دیگران

لطفاً نوع خطای ایجاد شده را علامت بزنید:

خطاهای دارویی		خطاهای جراحی	
داروی اشتباه		سقوط بیمار	
دوز دارویی اشتباه		زخم فشاری درجه ۳ یا ۴ یا زخم فشاری تونلی	
روش تجویز اشتباه		خطا در درمان	
بیمار اشتباه		خطا در تشخیص	
فراموش کردن دارو و یا زمان اشتباه		خطا در حین پذیرش، ترخیص یا انتقال بیمار	
عدم ثبت دارو در کاردکس/گزارش پرستاری		اقدام به خودکشی	
واکنش دارویی		خطای منجر به مرگ یا ناتوانی جدی بیمار	
عدم ثبت یا ثبت اشتباه تغییرات دستور دارویی		تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی در بازه زمانی کوتاه	
پزشک در کاردکس		عفونت بیمارستانی	
شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف دارو		خطای مرتبط با ECT	
انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه		عوارض بیهوشی یا جراحی	
جا ماندن جسم خارجی در بدن بیمار		ناسازگاری تزریق خون	
خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی		سایر موارد	
آمبولی ریوی پس از جراحی			