|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| F:\آرم بیمارستان و کوروش\logo.png | **بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی بهمن** | **کد: BH-F-39-102** |
| **صفحه: 1 از 1** |
| **فرم گزارش خطا** | **تاریخ: 01/08/93** |
| **همکار محترم با سلام.**  فرم گزارش خطا، صرفاً توسط کارشناس مسئول ایمنی بیمار قابل دسترسی است و کاربر دیگری حق دسترسی به آن را ندارد لذا با اطمینان از عدم شناسایی نویسنده گزارش، خطایی که مشاهده نموده اید در این فرم وارد نمائید. اطلاعات آن صرفاً، جهت جلوگیری از تکرار موارد مشابه بوده و بعنوان تجربیات مستند، در اختیار سایر همکاران شما قرار خواهد گرفت. از همکاری و احساس مسئولیت شما، صمیمانه قدردانی می نماییم.  **کارشناس مسئول ایمنی بیمار**   1. **نام بخش \*:** نام بخشی که خطا در آن اتفاق افتاده است. 2. **سمت گزارش دهنده خطا:** اگر خود فرد خطایی را گزارش می دهد عبارت (خود فرد) و سپس سمت وی نوشته شود. در غیر اینصورت گزارش دهنده، سمت خود را ذکر نماید (پزشک معالج– پزشک مشاور– پزشک اورژانس- پزشک همکار– پرستار– بهیار– پرسنل اداری– سوپروایزر– مترون– سرپرستار- خدمه و ...) 3. **سمت فردی که خطا از او سرزده است:** اگر خود فرد خطایی را گزارش می دهد عبارت (خود فرد) و سپس سمت وی نوشته شود. در غیر اینصورت گزارش دهنده، سمت خود را ذکر نماید. (پزشک معالج– پزشک مشاور– پزشک اورژانس- پزشک همکار– پرستار– بهیار– پرسنل اداری– سوپروایزر– مترون– سرپرستار- خدمه و ...) 4. **توضیح نحوه بروز خطا:\*** خطای اتفاق افتاده و دلایل احتمالی بروز آن شرح داده شود. 5. **آیا خطا منجر به آسیب بیمار شده است؟**\* بلی خیر 6. **آیا خطا منجر به آسیب تجهیزات پزشکی شده است؟\*** بلی خیر 7. **آیا خطا منجر به آسیب پرسنل شده است؟\*** بلی خیر 8. **در صورت آسیب رسیدن، چه راهکاری برای رفع آن اتخاذ شده است؟**   تصمیمات اتخاذ شده و اقداماتی که برای رفع آسیبهای احتمالی انجام شده اند با ذکر جزئیات.   1. **پیشنهاد برای جلوگیری از بروز موارد مشابه**   هر پیشنهادی که برای جلوگیری از بروز موارد مشابه دارید و یا پیشگیری از وقوع خطاهای بالقوه ای که هنوز رخ نداده اند را ذکر نمایید.  **آیتم های ستاره دار \* حتماً پر شوند.** | | |