



فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی معاونت درمان

اطلاعات دموگرافیک

شماره کد واقعه:

دانشگاه علوم پزشکی کرمان شهر: زرنده نام و نوع موسسه تشخیصی درمانی: بیمارستان آموزشی درمانی سینا در صورتی که موسسه بیمارستان باشد موارد ذیل تکمیل گردد:

نوع بیمارستان: ☐ آموزشی ☐ درمانی ☐ تخصصی ☐ عمومی ☐ دولتی ☐ خصوصی ☐ خیریه ☐ نیروی مسلح ☐ تامین اجتماعی ☐ سایر

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: ☐ مونث ☐ مذکر سن: شماره پرونده بیمار: تاریخ مراجعه به مرکز درمانی: تاریخ وقوع: ساعت وقوع:

☐ کد ۱. جراحی به صورت اشتباه روی عضو سالم	☐ کد ۲. جراحی بصورت اشتباه روی بیمار دیگر	☐ کد ۳. جراحی با روش اشتباه بر روی بیمار
☐ کد ۴. جا گذاشتن هر گونه device	کد ۵. مرگ در حین عمل جراحی یا بلافاصله بعد از عمل	☐ کد ۶. تلقیح مصنوعی با دهنده اشتباه در زوجین نابارور
☐ کد ۷. مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال استفاده از دارو و تجهیزات آلوده میکروبی	کد ۸. مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال استفاده از دستگاه های آلوده	
☐ کد ۹. مرگ یا ناتوانی بیمار به دنبال آمبولی عروقی	☐ کد ۱۰. ترخیص و تحویل نوزاد به شخص و یا اشخاص غیر از ولی قانونی	☐ کد ۱۱. مفقود شدن بیمار در زمان بستری که بیش از ۴ ساعت طول بکشد
☐ کد ۱۲. خودکشی یا اقدام به خودکشی در مرکز درمانی	☐ کد ۱۳. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به دنبال هر گونه اشتباه در تزریق نوع دارو، دوز دارو، زمان تزریق دارو،...	☐ کد ۱۴. مرگ یا ناتوانی جدی مرتبط با واکنش همولیتیک به علت تزریق گروه خون اشتباه در فرآورده های خونی
☐ کد ۱۵. مرگ یا عارضه مادر بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین	☐ کد ۱۶. مرگ یا ناتوانی به دنبال هیپوگلیسمی	☐ کد ۱۷. زخم بستر درجه ۳ یا ۴ بعد از پذیرش در مرکز درمانی
☐ کد ۱۸. کرنیکتروس نوزاد ناشی از تعلل در درمان	☐ کد ۱۹. مرگ یا ناتوانی جدی بیمار به علت هر گونه دستکاری غیر اصولی ستون فقرات	☐ کد ۲۰. مرگ یا ناتوانی جدی در اعضای تیم احیاء متعاقب هر گونه شوک الکتریکی...
☐ کد ۲۱. حوادث مرتبط با استفاده اشتباه گازهای مختلف به بیمار	☐ کد ۲۲. سوختگی های به دنبال اقدامات درمانی مانند الکترود های اتاق عمل	☐ کد ۲۳. موارد مرتبط با محافظ و نگهدارنده های اطراف تخت
☐ کد ۲۴. سقوط بیمار	☐ کد ۲۵. موارد مرتبط با عدم رعایت و عدول از چارچوب اخلاق پزشکی	☐ کد ۲۶. هرگونه آسیب فیزیکی وارده به بیمار
☐ کد ۲۷. ربودن بیمار	☐ کد ۲۸. اصرار به تزریق داروی خاص خطر آفرین یا قطع عمدی اقدامات درمانی توسط کادر درمان	☐ کد ۲۹. مرگ یا عارضه نوزاد بر اثر زایمان طبیعی و یا سزارین

شرح مختصر واقعه:

شرح مختصر اقدامات انجام شده:

وضعیت فعلی بیمار:

نام و نام خانوادگی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی:



جمهوری اسلامی ایران

فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران



معاونت درمان

کد سند: صفحه: ۱ از ۲ ویرایش: *	عنوان سند: فرم اعلام وقایع ناخواسته و تهدید کننده حیات در درمان بیماران	وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی شبکه بهداشت و درمان زرنند بیمارستان سینا زرنند
--------------------------------------	--	---

نام و نام خانوادگی بیمار:	بخش:	تشخیص:	شماره پرونده:
محل حادثه:	تاریخ و ساعت بروز حادثه:		
شرح حادثه:			
اقدامات صورت گرفته:			
مهر و امضاء پرستار			
گزارش معاینه بیمار پس از حادثه و اقدامات انجام شده توسط پزشک:			
علائم حیاتی پس از حادثه	GCS	T	RR
			PR
			BP
مهر و امضاء پزشک			
گزارش سوپروایزر شیفت پس از بررسی:			
مهر و امضاء سوپروایزر			
گزارش سرپرستار پس از بررسی:			
مهر و امضاء سرپرستار			
اسامی پرسنل شیفت:			

نام و نام خانوادگی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی :



فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی معاونت درمان

نام و نام خانوادگی کارشناس هماهنگ کننده ایمنی :