



بسمه تعالی

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد دفتر تعالی خدمات بالینی فرم گزارش دهی اختیاری خطاهای پزشکی



نام و نام خانوادگی (اختیاری): نام بیمارستان: نام بخش:

وضعیت تأهل : متأهل مجرد

وضعیت استخدامی: رسمی پیمانی قراردادی شرکتی

سابقه کار : کمتر از ۱۰ سال ۱۰ تا ۲۰ سال بیشتر از ۲۰ سال

مدرک تحصیلی: دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس دکترا

سمت گزارش دهنده خطا: پزشک معالج پزشک مشاور پزشک اورژانس دستیار اینترن

پرستار ماما اطاق عمل دانشجوی سایر

سمت فردی که دچار خطا شده: پزشک معالج پزشک مشاور پزشک اورژانس دستیار اینترن

پرستار ماما اطاق عمل دانشجوی سایر

زمان بروز خطا: صبح عصر شب

خطا منجر به آسیب بیمار آسیب تجهیزات آسیب پرسنل شده است .

نوع خطا:

جراحی

انجام عمل در موضع غلط انجام عمل غیر ضروری تکنیک غلط جراحی

انجام عمل روی بیمار دیگر جا گذاشتن اشیاء خارجی در بدن عوارض بعد از عمل

دارویی: داروی اشتباه تداخل دارویی

واکنش دارویی زمان دادن دارو سرعت انفوزیون

تکرار داروی تجویز شده دوز اشتباه حذف دارو

بیمار اشتباه روش اشتباه تجویز دارو



بسمه تعالی
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد
دفتر تعالی خدمات بالینی
فرم گزارش دهی اختیاری خطاهای پزشکی



عفونت بیمارستانی زخم بستر زمین افتادن بیمار

مشکل در حین ترخیص یا انتقال بیمار خطای آزمایشگاهی خطا در رادیولوژی

اتفاقات مربوط به تشخیص عدم تشخیص تأخیر در تشخیص

تشخیص غلط سایر

علت بروز خطا شب کاری شیفت طولانی و پشت سر هم

مشکلات شخصی بی توجهی در خواندن یا اجرای دستور حضور همراه و شلوغی بخش

شرایط نامناسب محیطی کمبود نیرو نسبت به تعداد بیمار تازه کار بودن پرسنل

کمبود آگاهی پرسنل ناخوانا بودن خط پزشک یا پرستار اشکال در تجهیزات

تشابه شکل یا نام دارو ضعف در محاسبه دوز دارو عدم ارتباط صحیح با بیمار

ناقص بودن دستور دارویی عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو

عدم گزارش به موقع به پزشک عدم ثبت دقیق و صحیح اقدامات انجام شده

عدم رسیدگی به موقع و قصور در انجام مراقبتهای پرستاری

آیا واقعه قابل پیشگیری بوده است : بلی خیر

درس های گرفته شده از واقعه و پیشنهادات جهت جلوگیری از خطاهای ذکر شده :