جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

معاونت درمان

فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

اطلاعات دموگرافیک

- نام بیمارستان: ..... شهر: ..... نام دانشگاه علوم پزشکی: .....
- نوع بیمارستان: ..... وابستگی: .....
- نام و نام خانوادگی بیمار:..... جنسیت: مونث ☐ مذکر ☐ سن: .....
- نحوه ورود به بیمارستان: اورژانس ☐ الکتیو ☐
- نوع خدمت: سرپایی ☐ بستری ☐ (تاریخ بستری ...../ ...../ .....13 نام بخش بستری: .....)
- نحوه اعلام و گزارش دهی: .....

اطلاعات حادثه

تاریخ وقوع: ...../ ...../ .....13 ساعت وقوع: ..... ☐ AM ☐ PM

نوع حادثه:

- ☐ **سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ**
- ☐ **انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه**
- ☐ **مرگ و یا عارضه نوزاد یا مادر بر اثر زایمان**
- ☐ **ناسازگاری های عمده خونی ناشی از انتقال خون که موجب مرگ و یا عارضه حاد گردد.**
- ☐ **جاماندن جسم خارجی در بدن بیمار پس از عمل جراحی**
- ☐ **تزریق یا مصرف خوراکی اشتباه داروهای پر خطر(با هشدار بالا) که منجر به مرگ یا عارضه پایدار بیمار گردد.**
- ☐ **عوارض بیهوشی یا جراحی منجر به مرگ یا عارضه پایدار**
- ☐ **ایجاد زخم فشاری درجه 3 و یا 4 و یا زخم های فشاری تونلی در بیمار بستری**
- ☐ **خونریزی یا هماتوم شدید بعد از جراحی منجر به عارضه پایدار یا مرگ**
- ☐ **آمبولی ریوی پس از اعمال جراحی**
- ☐ **شوک آنافیلاکسی ناشی از تزریق یا مصرف خوراکی دارو که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.**
- ☐ **عفونت بیمارستانی شدید که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.**
- ☐ **تکرار مرگ یا عوارض شدید ناشی از یک نوع درمان دارویی یا جراحی درباره زمانی کوتاه**
- ☐ **سایر خطاهای درمانی یا وقایع ناخواسته ی ایمنی بیمار که منجر به مرگ یا عارضه پایدار گردد.**

توضیحات.....

.....

.....

گزارش اقدامات انجام شده .....

.....

.....

امضاء کارشناس امضاء مقام مافوق