**دانشکده علوم پزشکی اسد آباد**

**مرکز آموزشی درمانی قائم عج**

**معاونت آموزشی**



**فرم ثبت و گزارش دهی خطا**

**همکار گرامی/ فراگیر محترم، با توجه به اهمیت یادگیری از خطاهای پزشکی در راستای اصلاح فرآیندها و افزایش کیفیت خدمات درمانی، فرم گزارش دهی خطاهای پزشکی در اختیار شما قرار داده شد. خواهشمند است جهت جلوگیری از بروز خطاهای مشابه و تکراری در بیمارستان این فرم را به دقت مطالعه و تکمیل نمایید. از همکاری و احساس مسئولیت شما صمیمانه قدردانی می نماییم.**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی:** |
| **سمت:** |
| **تاریخ تکمیل فرم:** |
| **تاریخ انجام خطا:** |
| **آیا شما فرد انجام دهنده خطا بودید؟** |
| **در صورت جواب منفی به سئوال قبل نام فرد خاطی:** |
| **محل انجام خطا:** |
| **مربی مربوطه:** |
| **خطای اتفاق افتاده و دلایل احتمالی بروز آن شرح دهید:** |
| **آیا خطا منجر به آسیب بیمار شده است؟** |
| **آیا خطا منجر به آسیب تجهیزات پزشکی شده است؟** |
| **آیا خطا منجر به آسیب پرسنل شده است؟** |
| **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.** |

**امضای فرد تکمیل کننده**