

تاریخ تدوین: ۱۳۹۷/۱۰/۱
تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۴/۱
تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۱/۵/۱
شماره ویرایش: چهارم

پایه

فرم گزارش دهی خطا (اختیاری)



مشخصات بیمار

نام و نام خانوادگی: شماره پرونده: روانپزشک معالج: سن:
جنس: زن ☐ مرد ☐ تاریخ بستری: بخش بستری: تاریخ حادثه: ساعت حادثه:

شرح حادثه (خطا):

آیا حادثه منجر به آسیب شده است؟ بله ☐ خیر ☐
تکمیل کننده فرم: پزشک ☐ پرستار ☐ مددکار ☐ روانشناس ☐ داروخانه ☐ کاردرمانگر ☐ منشی ☐ واحد اطلاعات سلامت ☐
کارکنان آزمایشگاه ☐ خدمات ☐ سایر ☐

لطفا نوع خطای ایجاد شده را علامت بزنید

خطای فرایند دارویی:

بیمار اشتباه ☐ داروی اشتباه ☐ دوز اشتباه ☐ روش اشتباه ☐ زمان اشتباه ☐ ثبت اشتباه ☐ فراموشی تجویز دارو ☐

خطای مدیریت دارویی:

اشتباه در محتوای کتابچه دارویی ☐ اشکال در نحوه تهیه داروهای غیر فرمولاری ☐ خطا در نحوه نگهداری داروها در بخش/انبار/داروخانه ☐
خطا در فرایند ثبت و انتقال اطلاعات دارویی بیمار ☐ خطا در نقل و انتقال داروها از داروخانه به بخش و بالعکس ☐

خطاهای فرایندی:

آسیب دیدگی بیمار ☐ دسترسی بیمار به اجسام خطرناک آسیبزا ☐ فرار بیمار از بخش ☐
عدم دقت در ارزیابی تخصصی بیمار ☐ عدم رعایت تحویل و تحول استاندارد بیمار ☐ عدم رعایت دستورالعمل گزارش نویسی استاندارد ☐
عدم کنترل علائم حیاتی بیمار ☐ عدم شناسایی فعال بیمار به صورت صحیح ☐ عدم ارسال آزمایشات بیمار ☐ زخم بستر ☐
عدم ثبت اطلاعات حیاتی و تهدید کننده در پرونده بیمار ☐ ثبت ناقص اقدامات درمانی در پرونده یا کاردکس دارویی ☐
عوارض بیهوشی ☐ ناسازگاری تزریق خون ☐ اقدام به خودکشی ☐ مرگ یا ناتوانی جدی بیمار که در رابطه با سیر درمان نباشد ☐

لطفا شدت واقعه را به صورت زیر طبقه بندی کنید:

نزدیک به وقوع خطا Near Miss (تا آستانه وقوع پیش رفته ولی خطا رخ نداده است) ☐
بدون آسیب واضح ☐
آسیب موقت، افزایش سطح مراقبت و نیاز به مداخله سرپایی ☐
آسیب موقت، افزایش سطح مراقبت و افزایش طول مدت بستری ☐
آسیب دائمی ☐
مرگ ☐

هر نوع پیشنهاد در راستای پیشگیری از وقوع این اتفاق مکتوب شود

نتیجه بررسی و اقدامات مداخله‌ای کارشناس ایمنی:

آیا این تجربه توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر برای کلیه کارکنان به اشتراک گذاشته شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده (اختیاری): شماره تماس: