



فرم گزارش خطا و خطر و حوادث ناخواسته

بیمارستان تخصصی روانپزشکی و توانبخشی شهید رجایی

شماره شناسایی: EM.FO.۰۲

همکار گرامی

با توجه به پیاده سازی ایمنی بیمار و اجرای محور مدیریت خطا و خطر خواهشمند است هر گونه خطا و یا خطری را که مشاهده می نمایید ثبت نموده و فرم مذکور را در صندوق گامی به سوی ایمنی بیمار " قرار دهید .

هدف از ثبت و گزارش خطا صرفاً جهت درس گیری از خطاها می باشد و جنبه شناسایی و برخورد با فرد خاطی مد نظر نمی باشد. لازم به ذکر است جنابعالی می توانید از طریق راه های ذیل نیز خطای مشاهده شده را گزارش نمایید :

۱. ارسال پیامک به شماره ۰۲۶۲۵۵۷۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰

۲. ثبت خطا در سایت بیمارستان به نشانی www.rajaeehospital.ir

۳. گزارش خطا به صورت مکتوب به مافوق و ره به صورت شفاهی

۴. ثبت خطا در سیستم HIS

تاریخ وقوع خطا :/...../.....
تاریخ گزارش خطا و خطر محتمل الوقوع :
نام بخش :
شماره پرونده بهار :
نوع خطا: دارویی غیبه دارویی

شرح خطا و خطر:

شیفت: صبح عصر شب

آیا خطا قابل پیشگیری بوده؟ بله خیر

حادثه ناگوار: حادثه ای است که موجب آسیب جدی برای بیمار شده است (این حادثه می بایست حداکثر ظرف مدت یک ساعت پس از وقوع به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار ارجاع گردد).

حادثه بدون عارضه: حادثه ای که بالقوه می توانسته ضرر رسان باشد ولی بنا به دلایلی منجر به حادثه نشده است. (این حادثه می بایست حداکثر ظرف مدت یک روز به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار ارجاع گردد)

موارد نزدیک به خطا: مواردی که به دلیل تشخیص و تصحیح فعل خطا از بروز ناخواسته آن جلوگیری شده است. (این حادثه می بایست حداکثر ظرف مدت یک روز به کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار ارجاع گردد)

خطر محتمل الوقوع: منظور خطراتی می باشد که به صورت بالقوه در بخش موجود است و هنوز بالفعل نشده و در صورت برنامه ریزی کارشناسان قابل پیشگیری می باشد.

نوع حادثه: حادثه ناگوار حادثه بدون عارضه موارد نزدیک به خطا خطر محتمل الوقوع

علت بروز خطا:

تازه کار بودن تشابه دارویی شرایط نامناسب محیطی ناقص بودن دستور دارویی عدم ثبت صحیح و دقیق اطلاعات مشکلات شخصی

کمبود آگاهی پرسنل کمبود نیرو اشکال در تجهیزات عدم رسیدگی به موقع به بیمار بی توجهی در خواندن یا اجرای عدم ارتباط صحیح با بیمار

عدم گزارش به موقع به پزشک شیفت طولانی ناخوانا بودن خط پزشک ضعف در محاسبه دارو عدم رعایت احتیاطات مربوط به تجویز دارو

سایر:

تذکر:

پیشنهاد شما برای جلوگیری از بروز مجدد خطا چیست؟

اقدامات اصلاحی انجام شده در این خصوص (این قسمت توسط هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار تکمیل می گردد).

نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء تکمیل کننده فرم (در صورت تماثل)	مهر و امضاء کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار	مهر و امضاء مسئول ایمنی بیمار
--	---	-------------------------------

تویه و تنظیم: واحد ایمنی بیمار، تایید: واحد نظارت و بهبود کیفیت بیمارستان
با تشکر از احساس مسئولیت و همکاری پشایبانی
پیروز و سربلندر باشید