



بیمارستان فوق تخصصی آریا

فرم ثبت حوادث بیمارستانی

تاریخ حادثه	نام مصدوم	سن	سمت*	ساعت وقوع حادثه	محل حادثه	نوع حادثه	شرح حادثه**	اقدامات اولیه درمانی	پیگیری ها و نتایج

* فرد حادثه دیده ممکن است بیمار، همراه یا از کارکنان بیمارستان باشد.

** در بخش "شرح حادثه" علت وقوع حادثه و حضور مسئولین ذیربط با جزئیات ذکر می گردد.

توجه این فرم در دو نسخه تنظیم می شود که یک برگ آن در واحد نگهداری شده و یک برگ به کمیته حاکمیت بالینی تحویل داده می شود.

امضاء مسئول واحد

کمیته حاکمیت بالینی بیمارستان فوق تخصصی آریا