

تقرير الحوادث (Incident Report)

مكان الحادث: اسم المصاب: العنوان: التاريخ: الجنس: العمر: الوقت: مريض <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زائر <input type="checkbox"/>				
سقوط <input type="checkbox"/>	حساسية دواء <input type="checkbox"/>	وخز ابرة <input type="checkbox"/>	مشاكل نقل الدم <input type="checkbox"/>	دواء خطأ <input type="checkbox"/>
حريق <input type="checkbox"/>	موت غير متوقع <input type="checkbox"/>	أذيات فيزيائية <input type="checkbox"/>	خطأ بعمل اجراء <input type="checkbox"/>	مشاجرة <input type="checkbox"/>
سرقة <input type="checkbox"/>	صدمة كهربائية <input type="checkbox"/>	أذيات كيميائية <input type="checkbox"/>	معالجة خاطئة <input type="checkbox"/>	أخرى <input type="checkbox"/>
تصنيف الحادث وصف الحادث الاسم والتوقيع: شاهد شاهد				
الإجراءات العلاجية <input type="checkbox"/> الإجراءات الطبية الفورية ١. ٢. ٣. ٤. ٥. <input type="checkbox"/> دخول مستشفى <input type="checkbox"/> لا شيء				
الإجراءات الإدارية -١ -٢ -٣ -٤				
تكرار التوصيات لمنع الحادث ١. ٢. ٣. ٤.				
رئيس قسم..... الاسم التوقيع				

١. هذا النموذج يستخدم لتوثيق أي إصابة للموظفين أو المرضى أو المراجعين و الزوار داخل المستشفى
٢. يعبأ هذا النموذج من قبل رئيس القسم
٣. يعبأ خلال ٢٤ ساعة من وقوع الحادث