

وزارة الصحة

مستشفى الاميرة ايمان / معدي

نموذج التبليغ عن الحادث العرضي Incident Report

الجهة المتضررة :-		<input type="checkbox"/> مريض <input type="checkbox"/> مراجع <input type="checkbox"/> مرافق مريض <input type="checkbox"/> زائر <input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> أدوات <input type="checkbox"/> غير ذلك
اسم الشخص المتضرر من أربع مقاطع :		الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
العمر :	رقم الملف الطبي / الرقم الوظيفي:	اسم الطبيب الاخصائي المشرف:
العنوان:		
هاتف:		
القسم/الوحدة:		
رقم الغرفة / السرير:		
تاريخ الحادث العرضي :		
الوقت :		
مكان وقوع الحادث العرضي:		

نوع الحادث

إعطاء الدم	سقوط المريض	دواء/ علاج	
<input type="checkbox"/> تفاعلات نقل الدم <input type="checkbox"/> عدم توثيق <input type="checkbox"/> استعمال مواد مضافة غير مناسبة <input type="checkbox"/> تسرب الدم خارج الوريد <input type="checkbox"/> رفض نقل الدم <input type="checkbox"/> تلف أو خروج الانابيب <input type="checkbox"/> زمرة خطأ <input type="checkbox"/> خطأ نسخ المعلومات <input type="checkbox"/> خطأ عنونة أو ترميز <input type="checkbox"/> عدم تغيير انابيب وصل الدم <input type="checkbox"/> توقيت خاطئ	<input type="checkbox"/> سقوط من السرير <input type="checkbox"/> سقوط الحمام <input type="checkbox"/> سقوط من الكرسي <input type="checkbox"/> وجد المريض على الأرض <input type="checkbox"/> سقوط عن الأجهزة <input type="checkbox"/> سقوط من الطاولة أو النقالة <input type="checkbox"/> غير معروف السبب.....	<input type="checkbox"/> الجرعة غير دقيقة <input type="checkbox"/> عدم إعطاء الجرعة <input type="checkbox"/> خطأ في طريقة إعطاء الدواء <input type="checkbox"/> تكرار العلاج <input type="checkbox"/> خطأ صرف الدواء من الصيدلية <input type="checkbox"/> الدواء غير موجود <input type="checkbox"/> أخطاء علاجية أخرى	<input type="checkbox"/> تفاعلات عكسية. <input type="checkbox"/> الخطأ بتحديد اسم المريض أو رقم الملف. <input type="checkbox"/> إعطاء الدواء دون أمر الطبيب <input type="checkbox"/> خطأ في كتابة الوصفة <input type="checkbox"/> الدواء غير صحيح <input type="checkbox"/> خطأ في نسخ وصفة العلاج <input type="checkbox"/> أخطاء الشطب أو الكشط على الوصفات.
المحتبر	غرفة العمليات	الاشعة	
<input type="checkbox"/> عنونة خاطئة <input type="checkbox"/> خطأ فني <input type="checkbox"/> عينة غير معنونة <input type="checkbox"/> عينة غير مناسبة <input type="checkbox"/> خطأ نسخي <input type="checkbox"/> تأخير في توصيل العينات <input type="checkbox"/> طلب فحص غير مكتمل <input type="checkbox"/> مشكلة سحب الدم <input type="checkbox"/> عدم تطابق العينات مع الطلب <input type="checkbox"/> انسكاب العينة	<input type="checkbox"/> خطأ مخبري <input type="checkbox"/> مضاعفات سحب الدم <input type="checkbox"/> تأخير في التعامل مع العينة <input type="checkbox"/> ضياع عينة <input type="checkbox"/> عدم وجود طلب <input type="checkbox"/> مشكلة في تبليغ النتائج <input type="checkbox"/> خلط بين العينات <input type="checkbox"/> لا يوجد توقيع أو نقص معلومات <input type="checkbox"/> حوادث أخرى.....	<input type="checkbox"/> حوادث متعلقة بالتخدير <input type="checkbox"/> حوادث متعلقة بعمليات العدوى <input type="checkbox"/> حوادث غير متوقعة للمريض <input type="checkbox"/> تأخير أو الغاء الاجراء <input type="checkbox"/> التحضير غير الملائم <input type="checkbox"/> حوادث متعلقة بالتعقيم <input type="checkbox"/> عدم موافقة المريض <input type="checkbox"/> حوادث أخرى <input type="checkbox"/> المريض الخطأ <input type="checkbox"/> المكان الخطأ <input type="checkbox"/> الاجراء الخاطئ	<input type="checkbox"/> ضياع صور الاشعة <input type="checkbox"/> مخالفة قرار تصوير بالجهاز النقال <input type="checkbox"/> ضياع تقرير الاشعة <input type="checkbox"/> خطأ في التصوير <input type="checkbox"/> ازالة مريض بدل مريض بالخطأ <input type="checkbox"/> تأخير اجراء فحص <input type="checkbox"/> خطأ في التحضيرات أو نقل المعلومات <input type="checkbox"/> حفظ الصور في مكان خاطئ
الأمن	الاتصال والتوثيق	الخدمات المساندة	الصيانة
<input type="checkbox"/> السرقة <input type="checkbox"/> النصب والاحتيال <input type="checkbox"/> الهروب <input type="checkbox"/> غير معروف السبب <input type="checkbox"/> مخالفة تعليمات الزيارة <input type="checkbox"/> الاعتداء	<input type="checkbox"/> أوامر خاطئة <input type="checkbox"/> أخطاء بتبليغ النتائج <input type="checkbox"/> أخطاء بحفظ الملفات <input type="checkbox"/> أخطاء توثيق <input type="checkbox"/> 4. حوادث متعلقة بوسائل الاتصال (هواتف، أجهزة النداء الألي)	<input type="checkbox"/> تغذية <input type="checkbox"/> غسيل <input type="checkbox"/> تدبير <input type="checkbox"/> حوادث متعلقة بوسائل الاتصال (هواتف، أجهزة النداء الألي).	<input type="checkbox"/> الاسقف والجدران <input type="checkbox"/> الاجهزة الطبية <input type="checkbox"/> انقطاع المياه <input type="checkbox"/> المصاعد الكهربائية <input type="checkbox"/> اجهزة التنبيه <input type="checkbox"/> تسرب المياه <input type="checkbox"/> الابواب، الشبابيك والاثاث <input type="checkbox"/> انقطاع الكهرباء
حوادث أخرى لم تذكر أعلاه			

ملاحظة : الحوادث التي ينتج عنها ضرر أو وفاة يجب التبليغ عنها فوراً

وصف مختصر للحادث :-

.....
.....
.....
.....
.....

اسم الشخص المبلغ: التوقيع التاريخ والوقت:

- (في حالة الإصابة) : الإجراءات الطبية الفورية المتخذة وحالة الشخص المصاب بعد إجراءات التصحيح

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

اسم الطبيب المعالج: التوقيع التاريخ والوقت:

تصنيف الحادث حسب شدته على المتضرر

كاد الحادث ان يقع و لكن تم اكتشافه قبل حدوثه.	المستوى الاول Near miss	<input type="checkbox"/>
لم يحدث أو لا يتوقع أي ضرر مثال: (علاج أعطي خطأ للمريض ولكن لم يحدث ضرر للمريض)	المستوى الثاني Incident(No harm)	<input type="checkbox"/>
ضرر بسيط وقد لا يحتاج أية معالجة مثال: (تمت رؤية المريض من قبل الطبيب المعالج وهو بحاجة إلى زيادة في المراقبة او تدخل طبي بسيط).	المستوى الثالث Event Incident	<input type="checkbox"/>
ضرر شديد على المريض يحتاج إلى نقل إلى قسم العناية المركزة أو إجراء الإنعاش القلبي الرئوي والبقاء في المستشفى لفترة طويلة وربما يؤدي إلى إعاقة أو الموت	المستوى الرابع Sentinel Event	<input type="checkbox"/>

- إجراءات رئيس القسم/مدير الدائرة :

.....
.....

الاسم: التوقيع التاريخ والوقت:

- إجراءات وحدة الجودة :

.....
.....

الاسم: التوقيع التاريخ والوقت: