



سازمان اورژانس کشور / مدیریت بهبود کیفیت و اعتبار بخشی
فرم گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران

• اطلاعات دموگرافیک

اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث شهر: نام دانشگاه علوم پزشکی:

نام و نام خانوادگی بیمار: جنسیت: مؤنث مذکر سن:

نوع خدمت: سرپایی اعزام (تاریخ اعزام/...../۱۴..... نام بیمارستان تحویل گیرنده:.....)

نحوه اعلام و گزارش دهی:

• اطلاعات حادثه

تاریخ وقوع:/...../۱۴..... ساعت وقوع: AM PM

نوع حادثه:

* سرپایی: عملیاتی که منجر به انتقال مددجو به مرکز درمانی نمی شود. * اعزام: عملیاتی که منجر به انتقال مددجو به مرکز درمانی می شود.

توضیحات در مورد حادثه:

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

گزارش اقدامات انجام شده:

.....
.....

امضاء مقام مافوق

امضاء کارشناس