



انواع خطاهای پزشکی و نحوه گزارش دهی آنها

امیر یعقوب زاده خوئی

بیمارستان لقمان

تیر ۹۶

از آغازین لحظه های پیدایش «تمدن»، عموم مردم بر این نکته آگاه بودند که همه در معرض خطا و اشتباه غیر عمدی هستند. با توسعه ی صنعت مدرن، تلاش های آگاهانه جهت کاهش خطاها . اشتباهات گارگران برداشته شد. بدیهی است که کارکنان رسته های گوناگون رسته های پزشکی نیز در معرض انواع خطا و اشتباه هستند؛ اما در خصوص میزان خطاها و اشتباهات پزشکی بحث های جدی مطرح است. زیرا هدف اصلی متخصصین تحصیل کرده ی این رشته حفاظت از سلامتی جامعه است.

وقوع خطاهای پزشکی در نظام های ارائه دهنده خدمات سلامت ماهیتی چند عاملی دارد و سیستم را در معرض خطر قرار می دهد یکی از گامهای اساسی در جهت کنترل خطاهای پزشکی ، کشف ، شناسایی ، ثبت و گزارش دهی خطاهای فرایند درمان بصورت آزادانه ، داوطلبانه ، عاری از سرزنش و افشا سازی است. یعنی گزارش خطا می بایست در قالب رسمی و به صورت ساختار یافته انجام پذیرد . تا از این روش به عنوان موقعیتی جهت اصلاح نظام سلامت به منظور پیشگیری از بروز مجدد خطاهای پزشکی ، اصلاح فوری خطاهای منجر به آسیب شدید، افزایش پاسخگویی و مسئولیت پذیری ، توسعه فرهنگ بیمار محوری و اولویت بخشی به ایمنی بیماران، بوجود آمدن جو همکاری و کار تیمی با افزایش مشارکت کارکنان، بهبود فرایندهای درمانی و مراقبتی ، ارتقاء همکاری و به اشتراک گذاری راه حل های موفق ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی به منظور ارتقا کیفیت مراقبت بهداشتی و کاهش هزینه های بهداشتی درمانی برای از بین بردن خطاها بهره جست.

در سال ۱۹۹۹ یک سازمان دولتی آمریکا به نام «موسسه ی پزشکی» با این خبر - نگاهی به خطاهای انسانی - باعث ایجاد شگفتی در بین افکار عمومی گردید: سالیانه ۴۴ هزار تا ۹۸ هزار آمریکایی در اثر خطاهای پزشکی می میرند. هفته ها گنگره ی ایلات متحده ی آمریکا جلسات استماع گزارش در باره ی خطاهای پزشکی و ایمنی بیماران برگزار نمود و افکار عمومی با جنبه های مختلف این نوع از مشکلات نظام سلامت را که می تواند افراد را در هر زمان و مکانی متاثر سازد؛ قرار گرفتند. پزشکان، پرستاران و بیمارستان های در این زمینه اطلاع رسانی شدند و متعهد گردیدند که با انگیزه ی بیشتری فعالیت های خود را در راستای ارتقا و بهبود کیفیت ایمنی بیماران و مراقبت های سلامتی ساماندهی کنند. نتایج مطلوبی حاصل شد؛ اما بسیاری از صاحب نظران اعتقاد داشتند که کارهای بیشتری می بایست انجام بگیرد. علیرغم بسیاری از رویکردها، مطالعات، گزارشات، بحث ها و فعالیت ها در خلال سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۶ فقط شاهد رشد و پیشرفت در دانش بودیم. هیچ درمان جادویی در دسترس نبود، به جز مشکلات رفتاری به ظاهر دلپذیر و پیچیده ی انسانی که همراه با لجاجت و سرسختی است! برخی از این نوع پیچیدگی ها به نظر می آید ناشی از عملکرد انسانهاست

IOM(Institute of Medicine)- ♦

To Err Is Human- ♦

◆ خطاهای تجویز دارو

هفت سال پس از انتشار گزارش موسسه ی پزشکی در خصوص مشکل خطاهای پزشکی، گزارش دیگری از موسسه ی پزشکی در جولای ۲۰۰۶ فاش کرد که خطاهای تجویز دارو سالانه مسبب آسیب به ۱.۵ میلیون نفر در ایالات متحده ی آمریکاست.

◆ - Anderson 2006

◆ خطاهای آزمایشگاهی

اشتباهات پزشکی جدی ممکن است در سامانه های های مستعد خطا، از جمله در فرایند جمع آوری، برچسب زنی، و انتقال نمونه های خون و نمونه های بافتی اتفاق بیفتد. گزارش ها حاکی از میزان خطایی در حدود ۳-۵ درصد هستند. ممکن است نمونه ی خون به درستی تهیه نشود، یا خون فرد دیگری به اشتباه مورد آزمایش قرار بگیرد. نمونه ی بافتی سرطان گردن رحم که جهت بررسی تشخیصی برداشته شده است Y احتمال دارد شامل منطقه ی بینابینی، گردن نباشد که در این صورت در ۳۰-۴۰ درصد موارد ضایعه شناسایی نمی شود و نتیجه ی آزمایشات آسیب شناسی منفی کاذب می گردد. آسیب راسیون با سوزن نازک که جهت تهیه ی نمونه ی آسیب شناسی از تومورهای غده ی تیروئید به کار می رود؛ در ۲۵ درصد موارد منفی هستند. نتایج مثبت کاذب و منفی کاذب در آزمایشگاههای آسیب شناسی می توانند آغازگر تصمیمات مهم بالینی باشند و عواقب جدی پزشکی برای بیمار به دنبال داشته باشند. در شکایات مربوط به درمان نادرست ناشی از نتایج آزمایشات آسیب شناسی، ۶۳ درصد مربوط به نتایج منفی کاذب و ۲۲ درصد نتایج مثبت کاذب در تشخیص سرطان ها بوده اند.

◆ Landro 2006b-

◆ - transformation zone

◆ - Fine-needle aspiration

◆ خطا در تعیین هویت بیماران

به طور میانگین، در حدود ۲۶ درصد نوزادان بستری در بخش مراقبت های ویژه ی نوزادان در خطر اشتباه شدن- جابجا- با دیگر نوزادان در همان بخش و در هر روز کاری هستند. علت این اشتباه ناشی از امر ناشی می شود که حدود ۳۴ درصد نوزادان در نام خانوادگی مشترک هستند، حدود ۹.۷ درصد آنان تلفظ نام خانوادگی مشابه و همسانی دارند و ۴۴ درصد نیز شماره ی پذیرش مشابه می توانند داشته باشند. از همین رو نوزادان در معرض خطر جابجا شدن هستند. از طرفی پزشکان و پرستاران بیشتر متکی به اطلاعات مندرج در میچ بندهای استاندارد بیماران هستند؛ در حالی که این میچ بندها ممکن است حاوی اطلاعات غلط باشند و یا اطلاعات آنها از بین برود. «در خطر بودن» به معنای میزان احتمال تشخیص غلط و دریافت اقدامات درمانی نادرست و تحویل نوزاد به فردی غیر مادر واقعی خود می باشد.

◆ خطا در محل عمل جراحی

با پیگیری مطالعات «وقوع اشتباه در محل اعمال جراحی تا سال ۱۹۹۸»؛ کارگروه مشترک اعتبار بخشی مراکز درمانی در آمریکا، اعلام نمود که خطای فوق به ۱۵۰ مورد تا سال ۲۰۰۱ رسیده است. ۴۵ مورد در سال از این نوع عوارض، مربوط به گزارش شخصی بیمار جهت شکایت و یا گزارشات رسانه ای بوده است. ۷۶ درصد از این خطاها مربوط به عمل جراحی در قسمت اشتباهی از بدن، ۱۳ درصد خطادر جراحی بیمار دیگر به جای بیمار اصلی و ۱۱ درصد خطادر انجام روش درست جراحی بوده است. سازمان های دیگری که «اشتباه در محل عمل جراحی» را گزارش نموده اند؛ عبارت هستند از: آکادمی جراحان ارتوپدی آمریکا که متعهد شده بودند این خطای سیستمی را حذف بکنند (۱۹۹۷)، اداره ی ایالتی سلامت نیویورک که بر روی تقویت فرایند ارتباطات در بین اعضای تیمهای جراحی تاکید دارند (۲۰۰۱)، و کالج جراحان آمریکا که بر اهمیت تقویت روحیه ی کار تیمی و افزایش همکاری بین جراحان و پرستاران تاکید می کنند.

◆ Wrong-Site Surgery -

◆ Sentinel Event Alert 2001 -

◆ **خطا**: ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود و در اصطلاح حقوقی به سه دسته تقسیم می شود. عمد، شبه عمد، خطای محض تقسیم می شود که خطاهای پزشکی اغلب در دسته شبه عمد قرار می گیرد. Error

◆ **رویداد**: هر گونه واقعه غیر عمدی یا ناخواسته که بشکل بالقوه یا بالفعل منجر به صدمه یا تحمیل خطر و زیان به یکی یا تعدادی از گیرندگان خدمات بهداشتی درمانی شود و شامل (Hazard event, preventable adverse, error) است. Event/Incident

◆ **رویداد قابل پیشگیری**: مانند صدمه قابل اجتناب ناشی از حادثه یا اتفاق ناخواسته و سایر انواع ضعف ها و نارسایی موجود در سیستم، تجهیزات و... شامل (وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات، وقایع بدون عارضه و نزدیک به خطا) را گویند Preventable adverse event

◆ **خطای پزشکی**: قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه ریزی یا اجرا که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می شود و شامل خطاهای تشخیصی، درمانی، پیشگیری و سایر خطاها (ارتباطی، مرتبط با تجهیزات پزشکی، نقص در سایر سیستم ها) باشد. Medical error

◆ قصور پزشکی: به معنی کوتاهی در رعایت و ارائه استاندارد مراقبت های پزشکی و درمانی ارایه شده به بیمار می باشد که بدنبال آن وی آسیب ببیند شامل (بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم مهارت (مادی - معنوی) و عدم رعایت نظامات دولتی می باشد.

◆ Medical Malpractice

◆ الف- بی احتیاطی: شخص بدون توجه به نتایج عملی که قابل پیش بینی است اقدام به عملی نماید که منتهی به قتل یا صدمات بدنی و ضرر شود مانند بی دقتی جراح در جا ماندن گاز و وسایل جراحی در شکم بیمار و آسیب به ارگان های حیاتی در حین عمل جراحی

◆ ب- بی مبالاتی: ترک فعلی است از نظر علمی وقتی انتظار آن از پزشک می رود ولی در اثر غفلت انجام نمی یابد مانند عدم تدارک و تمهیدات لازم مثل آزمایش ها، گرافی ها، مشاوره های لازم، اخذ شرح حال و معاینه دقیق قبل از عمل جراحی یا اقدام درمانی یا استریل نمودن وسایل که موجب سرایت بیماری به بیمار دیگر گردد.؛ خودکشی فرد در بیمارستان در نتیجه اهمال ارائه کنندگان مراقبت صورت گیرد نیز جزء رده بی مبالاتی طبقه بندی می شود

◆ ج- عدم مهارت: شامل مواردی است که کادر حرفه ای تبحر علمی لازم را برای انجام آن کار به خصوص نداشته باشد و از تخصص لازم یا تجربه کافی و احاطه علمی ضروری برای انجام اقدامات درمانی یا جراحی مورد نظر بهره مند نباشد و در معنای عام به دو بعد (مادی - معنوی) تقسیم می گردد.

◆ عدم رعایت نظامات دولتی: عدم توجه و عمل نکردن به قوانین، آیین نامه ها، بخش نامه ها و نظمی که دولت برقرار کرده و منظور از آن رعایت نکردن هر دستوری است که ضمانت اجرا داشته باشد خواه به صورت نظام نامه باشد.

◆ خطای دارویی: در زمانی که دارو در کنترل کادر حرفه ای، بیمار و یا مصرف کننده می باشد، هرگونه واقعه قابل پیش گیری که ممکن است منجر به یا باعث مصرف نامناسب دارو یا آسیب به بیمار گردد، خطای دارویی نام دارد و مشتمل بر نسخه نویسی، ترتیب برقراری ارتباطات، برچسب گذاری محصولات، بسته بندی و سیستم نام گذاری داروها، ترکیب دارویی، نسخه پیچی و توزیع، دادن دارو به بیمار، آموزش، پایش و مصرف آن باشد.

◆ ریسک: احتمال وقوع رخداد ناگوار که می تواند در صورت وقوع به صورت پیامدهای منفی یا مثبت بر روی اهداف تاثیر گذارد.

◆ خطر (مخاطره): منبع، موقعیت یا اقدامی که دارای پتانسیل آسیب به صورت مصدومیت، بیماری یا ترکیبی از این ها می باشد.

◆ انواع طبقه بندی خطا

خطا در مرحله برنامه ریزی **Mistake/Planning**

خطا در مرحله اجرا **Executive**

- ◆ خطا در مرحله برنامه ریزی: روش انتخابی مابرای درمان بیمار از ریشه اشتباه است و به دلیل کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار صورت می گیرد. مثل : تجویز پنی سیلین در بیماری که به پنی سیلین حساسیت دارد.

◆ خطا در مرحله اجرا:

- ◆ الف- قابل مشاهده یا خطاهای مبتنی بر مهارت (عدم حضور ذهن و تمرکز) برنامه درمان یا مسیر درمانی درست طراحی شده باشد ولی اجرای آن اشتباه باشد مثل : اتصال نادرست گاز NO2 استنشاقی به جای اکسیژن به بیمار
- ◆ ب- غیر قابل مشاهده یا خطاهای مبتنی بر مهارت و کارکرد نادرست حافظه بطور مثال اطلاعات درست به کار نادرست گرفته شود ، مثل به یاد نیاوردن نام و یا دوز داروی تجویزی، یک خطای غیر قابل مشاهده است.

خطاهای برنامه ریزی

◆ این خطاها در حین تصمیم گیری و فعالیت های مرتبط با حل مسئله رخ می دهد و زمانی خود را نشان می دهد که پیامدهای دلخواه برای بیماران محقق نشود.

دلیل رخداد

◆ کمبود دانش و اطلاعات پزشکان در خصوص وضعیت بیمار

◆ روش های درمان و تجویز دارو

استراتژی های کاهش خطای مرحله برنامه ریزی

◆ انجام پژوهش و تحقیق

◆ انجام رویه های مبتنی بر شواهد

◆ تدوین برنامه های مراقبتی اثربخش

خطاهای مرحله اجرا

- ◆ به صورت غیر عمدی حین انجام فعالیت های بالینی رخ می دهند این خطاها در زمان برقراری ارتباط بین بیمار و ارائه کننده مراقبت نشان می دهد
- ◆ خطای اجرایی به علت LAPSE یا SLIP رخ می دهد.
- SLIP: در طی انجام روتین وظایف وقفه ای ایجاد می شود.
- بطور مثال هنگام آماده کردن دارو برای تزریق به علت وقفه یا حواسپرتی دوز دارو اشتباه در سرنگ کشیده شود
- LAPSE: وقتی اتفاق می افتد که از یک گایدلاین پیروی نمی شود

دلایلی که سبب خطاهای مرحله اجرا می شود

- ◆ عدم حمایت کافی قوانین ، سیاست ها و رویه ها بطور مثال عدم وجود خط مشی
- ◆ کمبود دانش و آگاهی درباره جوانب خاصی از مراقبت های پزشکی
- ◆ کمبود دانش در ارتباط با چگونگی کاربرد تجهیزات و ابزارهای درمانی
- ◆ نداشتن مهارت مورد نیاز برای اعمال مداخله درمانی

	Slips (visible) / Slapses (non-visible)	Mistaks
پایه Base	<p>خطا بر اساس مهارت اشتباه در رفتارهای کلیشه ای : Autopilot, Automatic, Schematic خطا در تمرکز و حضور ذهن و حافظه خطا در اجرا Executive (عمل انجام شده طبق دستورالعمل آن نباشد)</p>	<p>خطا بر اساس دانش ناکافی و مشکل علمی نارسائی در رفتارهای Attentional شکست در فرایندهای استنباطی نارسائی در ترجمه صحیح اطلاعات اشتباه در دستورالعمل ها , خطای برنامه ریزی Plan اشتباه در جنبه حل مسأله ای Solving Problem</p>
فاکتورهای خطر Risk factors	<ol style="list-style-type: none"> 1. اختلالات هیجانی (Emotional) 2. مشکلات حسی (Sensort) 3. خستگی 4. -استرس 	<ol style="list-style-type: none"> 1- عدم تجربه (افراد تازه کار) 2- آموزش ناکافی
راه های پاسخ و کاهش خطر	<ol style="list-style-type: none"> 1. توجه به پروتکل ها (تجهیزات ، محیط کار و استفاده از چک لیست ها) 2. کاهش خستگی پرسنل (عدم شیفت های طولانی) 3. کاهش و حذف تغییرات غیر ضروری در تجهیزات 4. حذف عوامل ایجاد اختلال حواس (تلفن و ...) 5. نظارت بر استراتژیهای و ... 	<ol style="list-style-type: none"> 1- نظارت بیشتر بر کار و پرسنل 2- آموزش مناسب و کافی

طبقه بندی خطا از نظر ماهیت

- ◆ خطای انسانی
- ◆ خطای سازمانی
- ◆ خطای وابسته به تکنولوژی

طبقه بندی خطا از نظر تمایز

- ◆ خطای فعال
- ◆ خطای مخفی

◆ سیاست وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با هدف پاسخگویی و مسئولیت پذیری (بیمارستانها و معاونت درمان) در قبال سایرین گزارش دهی ۱۴ مورد وقایع ناخواسته یا خطاهای درمانی منجر به مرگ یا عارضه پایدار را جزء گزارش دهی اجباری طبقه بندی کرده است و معاونت درمان دانشگاه نیز میتواند بیمارستانها را در گزارش دهی خطاهای بدون عارضه و نزدیک به خطا تشویق نماید تا با تحلیل گزارش خطاهای واصله در سطح دانشگاه خطاهای غیر شایع و خطاهایی با وقوع الگوی شایع را مورد بررسی قرار دهد. لذا عملکرد هر دو سیستم (اجباری - اختیاری) به طور همزمان و موازی جهت رسیدگی به جنبه های گوناگون خطا ضروری است.

◆ گزارش دهی اجباری : سیستم های گزارش دهی ایمنی بیمار که به واسطه الزام قوانین و یا مقررات؛ گزارش حوادث ناخواسته را اجباری نموده اند. بطور مثال ابلاغ بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷/د مورخ ۱۳۹۵/۵/۱۹ معاون درمان وزارت متبوع مبنی بر رسیدگی و گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران و همچنین فرم مربوطه در ابلاغیه ۴۰۲/۱۹۲۵۴/د مورخ ۲۹/۶/۹۵ مدیرکل دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

◆ گزارش دهی داوطلبانه : گزارش خطا/ رویداد متوسط یا میانه ، حداقل یا کوچک (رویداد بدون عارضه) و وقایع نزدیک به خطا (رویداد ناچیز) را گویند این گزارش ها غیر رسمی می باشد و نیازی به اعلان آنها در سطح جامعه نیست ؛ در نتیجه مجازات یا تنبیهی بر آن مترتب نیست . و برای بررسی خطاهایی که وقوع آن به یک الگوی شایع تبدیل شده یا به طور غیر شایع در نظام سلامت اتفاق می افتد؛ مفید است .

- ◆ Mandatory reporting
- ◆ Voluntary reporting

خطاهای ذیل مشمول گزارش دهی اجباری و داوطلبانه می باشند:

◆ رویداد فاجعه آمیز یا جدی با سطح خطر آنی: خطا باعث مرگ یا آسیب جدی به بیمار / همراهان / کارکنان / محیط یا وضعیت اقتصادی بیمارستان می شود، مرگ یا نقص عضو عمده دائمی (حسی، حرکتی، فیزیولوژیک، روانشناختی) که متفاوت از نتایج مورد انتظار از سیر طبیعی و مدیریت بیماری است (گزارش دهی اجباری).

◆ رویداد مهم (اصلی / عمده) با سطح خطر فوری: بروز خطا باعث نارضایتی شدید بیمار / همراهان / کارکنان / محیط یا وضعیت اقتصادی بیمارستان می شود و سبب نقص عضو عمده، نقص دائم در عملکرد بدن، آتش سوزی های بزرگ یا آسیبی معادل ۱-۲ درصد بودجه بیمارستان می گردد (گزارش دهی اجباری).

◆ sentinel event

◆ Adverse event

◆ رویداد متوسط یا میانه با سطح خطر متوسط: خطا سبب نقص در عملکرد بدن بیمار / همراهان / کارکنان / محیط (آتش سوزی در مرحله شروع و یا کمتر) و آسیب و ضرری معادل ۰.۲ تا ۱٪ بودجه بیمارستان می گردد؛ با اصلاح و تعدیل فرایند می توان بر خطا غلبه کرد (گزارش دهی داوطلبانه).

◆ رویداد حداقل یا کوچک با سطح خطر متوسط: وقایعی که می توانسته بالقوه زیان رسان باشد ولی منجر به هیچگونه زیان واقعی نشده است. این نوع خطا فرصت بالقوه خوبی برای شناسایی و رفع عیوب سیستم می باشد (گزارش دهی داوطلبانه).

◆ رویداد نزدیک به خطا با سطح خطر کم: اشتباهی که توانائی بالقوه ایجاد خطا حادثه یا اتفاق ناخواسته را دارد اما بعلت شانس متوقف شده و روی نداده است و این خطا از نظر مشتری قابل توجه نیست و بر ارائه خدمت یا محصول اثر نمی گذارد (گزارش دهی داوطلبانه).

◆ No Harm Event

◆ Close Call /Near miss / Potential Adverse Event/Lapses

چه کسانی می توانند به مسئولین بیمارستان گزارش دهند؟

◆ در فرم گزارش دهی اجباری : کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار ۱۴ مورد وقایع تهدید کننده حیات در درمان بیماران را در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود (اعم از دولتی، خصوصی، خیریه، نیروهای مسلح، تامین اجتماعی و.....) می بایست ظرف ۲۴ ساعت از زمان وقوع رخداد از طریق فکس یا اتوماسیون به معاونت درمان دانشگاه ارسال نمایند.

◆ در فرم گزارش دهی داوطلبانه خطا : کلیه کارکنان شاغل در بیمارستان پزشک، پرستار، کارکنان شاغل در آزمایشگاه، داروخانه، تاسیسات، تجهیزات پزشکی و سایر کارکنان می توانند رویداد/ عوارض مشاهده شده را ثبت و به کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار گزارش دهند.

چه زمانی باید گزارش نمود؟

◆ وقایع فاجعه آمیز و مهم در درمان بیماران می بایست طی مکاتبه ای حداکثر ۲۴ ساعت از زمان وقوع رخداد از طریق فکس یا اتوماسیون به معاونت درمان دانشگاه اعلام شود. پس از ارسال به معاونت درمان نیز تیم ایمنی بیمار معاونت درمان و نماینده دفتر نظارت و ارزشیابی (مرگ / آسیب های پایدار مربوطه را پس از بررسی گزارش های جمع آوری شده را در قالب فرم گزارش دهی اجباری از طریق شماره های ۸۱۴۵۴۶۹۶ یا ۸۱۴۵۴۷۵۸ به دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فکس نمایند.

◆ فرم های گزارش دهی داوطلبانه خطاهای پزشکی را می بایست کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده فعالیت ایمنی بیمار و مدیریت خطر به صورت هفتگی در بیمارستان جمع آوری و تحلیل نماید.

نظارت بر نحوه توزیع و تکمیل فرم گزارش دهی خطاهای پزشکی:

- ◆ فرم های گزارش دهی وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات در درمان بیماران
توسط کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر می بایست در محل خدمت یا در اختیار دبیر کمیته مرگ و میر قرار دهند؛ تا در صورت وقوع؛ فرم ها را بر اساس موارد خواسته شده تکمیل، تایید و اتوماسیون نمایند.
- ◆ فرم های گزارش دهی داوطلبانه خطاهای پزشکی را نیز کارشناس مسئول پاسخگو ایمنی بیمار / کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر می بایست در اختیار سرپرستاران و مسئولین واحد های شاغل در بیمارستان قرار دهند آنها نیز به تعداد مورد نیاز تکثیر و در واحدها و بخش های خود قرار دهند.

با شکر و
آرزوی موفقیت

