|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| دانشگاه علوم پزشکی البرز فرم صورت جلسه واکراند مدیریت ایمنی بیمار  مرکز آموزشی درمانی کمالی | | | |
| کد سند: | تاریخ : | ساعت:9-10 | نام بخش : |

لازم به ذكر است كه مسئول واحد فوق يك ماه پس از بازديد بعمل آمده موظف با ارائه گزارش به واحد ايمني در رابطه با تحقق تصميمات گرفته شده، مي باشد.

پرسنل حاضر در شيفت:

با تشكر -واحد ايمني

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **موارد مربوط به حیطه پزشکی** | | | | | |
| **ردیف** | **مشکلات موجود** | | **تصمیمات اتخاذ شده** | **مسئول اجرا** | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 |  | |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |
| 3 |  | |  |  |  |
| 4 |  | |  |  |  |
| 5 |  | |  |  |  |
| 6 |  | |  |  |  |
| 7 |  | |  |  |  |
| 8 |  | |  |  |  |
| 9 |  | |  |  |  |
| 10 |  | |  |  |  |
| **موارد مربوط به حیطه پرستاری** | | | | | |
| **ردیف** | | **مشکلات موجود** | **تصمیمات اتخاذ شده** | **مسئول اجرا** | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 | |  |  |  |  |
| 2 | |  |  |  |  |
| 3 | |  |  |  |  |
| 4 | |  |  |  |  |
| 5 | |  |  |  |  |
| 6 | |  |  |  |  |
| 7 | |  |  |  |  |
| 8 | |  |  |  |  |
| 9 | |  |  |  |  |
| 10 | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **موارد مربوط به حیطه بهداشت محیط** | | | | |
| **ردیف** | **مشکلات موجود** | **تصمیمات اتخاذ شده** | **مسئول اجرا** | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **موارد مربوط به حیطه بهداشت حرفه ای** | | | | |
| **ردیف** | **مشکلات موجود** | **تصمیمات اتخاذ شده** | **مسئول اجرا** | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **موارد مربوط به حیطه کنترل عفونت** | | | | |
| **ردیف** | **مشکلات موجود** | **تصمیمات اتخاذ شده** | **مسئول اجرا** | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **موارد مربوط به حیطه تجهیزات پزشکی و مصرفی** | | | | | | | | | |
| **ردیف** | **مشکلات موجود** | | | **تصمیمات اتخاذ شده** | | **مسئول اجرا** | | | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 |  | | |  | |  | | |  |
| 2 |  | | |  | |  | | |  |
| 3 |  | | |  | |  | | |  |
| 4 |  | | |  | |  | | |  |
| 5 |  | | |  | |  | | |  |
| 6 |  | | |  | |  | | |  |
| **مدیریت دارویی** | | | | | | | | | |
| **ردیف** | | **مشکلات موجود** | | **تصمیمات اتخاذ شده** | | **مسئول اجرا** | | | **زمان انجام اقدامات** |
| 1 | |  | |  | |  | | |  |
| 2 | |  | |  | |  | | |  |
| 3 | |  | |  | |  | | |  |
| 4 | |  | |  | |  | | |  |
| 5 | |  | |  | |  | | |  |
| 6 | |  | |  | |  | | |  |
| 7 | |  | |  | |  | | |  |
| **موارد مربوط به حیطه ریاست** | | | | | | | | | |
| **ردیف** | | **مشکلات موجود** | | **تصمیمات اتخاذ شده** | | **مسئول اجرا** | | **زمان انجام اقدامات** | |
| 1 | |  | |  | |  | |  | |
| 2 | |  | |  | |  | |  | |
| 3 | |  | |  | |  | |  | |
| 4 | |  | |  | |  | |  | |
| 5 | |  | |  | |  | |  | |
| 6 | |  | |  | |  | |  | |
| 7 | |  | |  | |  | |  | |
| 8 | |  | |  | |  | |  | |
| 9 | |  | |  | |  | |  | |
| **موارد مربوط به تاسيسات** | | | | | | | | | |
| **مشکلات موجود** | | | **تصمیمات اتخاذ شده** | | **مسئول اجرا** | | **زمان انجام اقدامات** | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | |
|  | | |  | |  | |  | | |

درسهاي آموخته شده:

-شناسايي شرايط تهديدكننده ايمني از ديد كاركنان مطرح شده -

-بيان گزارش خطاهاي پزشكي از زبان كاركنان

-آگاهی از دستورالعمل های ایمنی