

KINGDOM OF SAUDI ARABIA

Ministry Of Education

KING ABDULAZIZ UNIVERSITY

FACULTY OF DENTISTRY  
University Dental Hospital



المملكة العربية السعودية

وزارة التعليم

جامعة الملك عبدالعزيز

كلية طب الأسنان

مستشفى الأسنان الجامعي

### تقرير حادثة

اسم المبلغ:	التاريخ:	الوقت:
القسم الاكلينيكي:	اسم المشرف:	
الموقع:	الطابق <input type="checkbox"/> الارضي <input type="checkbox"/> الأول <input type="checkbox"/> الثاني <input type="checkbox"/>	
رقم المبنى:	بسيط <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خطير <input type="checkbox"/>	تم تقاديه <input type="checkbox"/>
مستواها:	ممارس صحي / طبيب/طالب <input type="checkbox"/>	آخرين <input type="checkbox"/>
مرتكبها:	تعددي لفظي/جسدي <input type="checkbox"/>	مخالفة مكافحة العدوى <input type="checkbox"/>
تصنيفها:	جو عمل غير آمن <input type="checkbox"/>	خطأ طبي <input type="checkbox"/>
		إصابة بأداة حادة <input type="checkbox"/>
		أخرى <input type="checkbox"/>
اكتب وصفا تفصيليا للحادثة والإجراء التصحيحي المتخذ مباشرة (استخدم أوراق إضافية إذا دعت الحاجة):		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
هل من شهود:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	رقم الاتصال:
اسم الشاهد:		رقم الملف الطبي:
اسم المريض:		

الرجاء تدوين كامل الإجراءات المتبعة من قبل المشرف (استخدم أوراق إضافية إذا دعت الحاجة):

اسم المشرف:	المسمى الوظيفي:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
توقيع المشرف:	التاريخ:

