



استمارة التبليغ عن حادث أو إعتداء  
NOTIFICATION OF INCIDENCE FORM

INJURED DETAILS

Name	
C.P.R.	
Nationality	
Address	
Contact	

AGGRESSOR/ATTENDANT DETAILS

Name	
C.P.R.	
Nationality	
Address	
Contact	

INCIDENT INFORMATION

Location	Inside HC <input type="checkbox"/> داخل المركز	Outside <input type="checkbox"/> خارج المركز
Type of Incident	Fall <input type="checkbox"/> سقوط Burn <input type="checkbox"/> حروق Procedure <input type="checkbox"/> خطأ عند المداواة	Treatment <input type="checkbox"/> خطأ في العلاج Violence <input type="checkbox"/> عنف Others <input type="checkbox"/> اخرى

MEDICATION ORDERS

Medication Error <input type="checkbox"/> أدوية خاطئة	Adverse Events <input type="checkbox"/> تأثير جانبي
Medication within past 4 Hours <input type="checkbox"/>	علاج في 4 ساعات <input type="checkbox"/>

SAFETY DEVICES IN USE AT TIME OF INCIDENT

None <input type="checkbox"/> لا شيء	Restraints <input type="checkbox"/> قيود
Side Rails <input type="checkbox"/> حامي سريري	

EQUIPMENT USED AT THE TIME OF THE INCIDENT

Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا
----------------------------------	--------------------------------

STATUS BEFORE INCIDENT

Wheel Chair <input type="checkbox"/> كرسي متحرك	Alert <input type="checkbox"/> متحفز
Confused <input type="checkbox"/> مرتبك	Disable <input type="checkbox"/> ذوي الإعاقة
Impaired Judgement <input type="checkbox"/> فاقد القرار	Walking <input type="checkbox"/> ماشياً
Unconscious <input type="checkbox"/> فاقد الوعي	Other <input type="checkbox"/> اخرى



مملكة البحرين  
وزارة الصحة  
إدارة المراكز ال  
عيادة مطار الب

بيانات المصاب

الإسم
الرقم السكاني
الجنسية
العنوان
الهاتف

بيانات المعتدي

الإسم
الرقم السكاني
الجنسية
العنوان
الهاتف

معلومات عن ال

موقع الحادث
نوع الحادث

الأدوية المصرو

--

حواجز السلامة

--

المعدات المستخ

--

الحالة قبل الحاد

--

