|  |  |
| --- | --- |
| 患者姓名： 性别：年龄： 体重：非必填 手机号： 非必填  患者所在科室： 住院号/门诊号：  主要诊断：  报告人： 职称：  上报时间：自动生成 手机号：  当事人： 职称： 发生时间： 就医类型：  日期类型： 自动生成  事发场所： 上报科室：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 类别： 分配科室 | |
| 事件详细说明：   1. 事件经过： 2. 事件相关处理： 3. 处理结果   （附加材料） | |
| 对原患者疾病的影响：（做下拉点选：1.不明显 2.病程延长 3.病情加重 4.导致后遗症 5.导致死亡）  分析与改进： | |
| 不良事件的结果：        科室管理人： 日期： | |
| 造成损害程度 |  |
| 科室定级 |  |
| 职能科室定级 |  |
| 跟踪意见：    药学部： 日期： | |
| 医疗质量与安全管理委员会讨论处理意见：  质控科： 日期： | |