

فرم اقدام اصلاحی انجام شده ویژه مسئول واحد / بخش



براساس نتایج راند مدیریتی تیم ایمنی بیمار

نام واحد راند شونده :

تاریخ راند:

نام مسئول بخش / واحد:

صفحه: \_\_\_ از \_\_\_

شرح اقدام اصلاحی برای پیشگیری از وقوع مجدد با تعیین فرد مسئول اجراء / پیگیری و زمان انجام :

تاریخ ارائه بازخوراند:

نام و امضاء مسئول واحد / بخش: