

أولاً: بيانات الممارس الصحي

اسم الممارس الصحي..... :
رقم الهوية/الإقامة..... :
المسمى الوظيفي..... :
التخصص..... :
القسم/الإدارة..... :
جهة العمل..... :
رقم التواصل..... :

ثانياً: بيانات الواقعة

تاريخ الواقعة..... :
وقت الواقعة..... :
مكان الواقعة..... :
نوع الواقعة:

☐ .

اعتداء لفظي

☐ .

اعتداء جسدي

☐ .

تهديد

☐ .

إساءة أو إهانة

☐ .

تخريب أو إتلاف ممتلكات

☐ .

أخرى..... :

ثالثاً: وصف الواقعة

يرجى وصف الحادثة بالتفصيل، مع ذكر ما حدث وتسلسل الأحداث:

.....

.....

.....

.....

رابعاً: بيانات المعتدي/المتسبب في الواقعة

- الاسم إن كان معلوماً..... :
صفته..... :
رقم الهوية/البيانات المتاحة..... :
علاقته بالمريض/المنشأة..... :

خامساً: الشهود

- اسم الشاهد الأول..... :
المسمى الوظيفي..... :
رقم التواصل..... :
اسم الشاهد الثاني..... :
المسمى الوظيفي..... :
رقم التواصل..... :

سادساً: الإصابات أو الأضرار

هل نتجت إصابة جسدية؟ نعم [] لا []

وصف الإصابة إن وجدت:

.....

هل نتجت أضرار مادية؟ نعم [] لا []

وصف الأضرار:

.....

سابعاً: الإجراءات التي تم اتخاذها

□ .

إبلاغ المسؤول المباشر.

□ .

إبلاغ إدارة الأمن والسلامة.

□ .

طلب المساعدة الأمنية.

☐ .

إبلاغ الشرطة/الجهة المختصة.

☐ .

إجراء فحص طبي.

☐ .

توثيق الواقعة بالكاميرات أو الصور.

☐ .

أخرى..... :

تفاصيل الإجراءات:

.....

.....

ثامناً: المرفقات

☐ .

تقرير طبي.

☐ .

صور أو تسجيلات متعلقة بالواقعة.

☐ .

إفادات الشهود.

☐ .

محضر أمني.

☐ .

بلاغ رسمي.

☐ .

مستندات أخرى.....:

تاسعاً: إقرار الممارس الصحي

أقر بأن المعلومات الواردة في هذا البلاغ صحيحة بحسب علمي، وأنني قمت بتوضيح تفاصيل الواقعة والإجراءات التي تمت عقب حدوثها، وأطلب اتخاذ الإجراءات النظامية اللازمة وفق الأنظمة والتعليمات المعمول بها.

اسم الممارس الصحي.....:

التوقيع.....:

التاريخ...../.../...:

عاشراً: اعتماد المسؤول

اسم المسؤول.....:

المسمى الوظيفي.....:

التوقيع.....:

التاريخ...../.../...:

رقم البلاغ/المحضر.....:

ملاحظات الجهة المختصة:

.....

.....