

แบบรายงานอุบัติการณ์ในการฝึกปฏิบัติ (Incident form)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ชื่อ-นามสกุลนักศึกษา.....รหัส.....

ชื่ออาจารย์นิเทศ/หัวหน้าเวร/อาจารย์คลินิก.....

วิชาที่ฝึกปฏิบัติ

วันที่เกิดเหตุการณ์..... เวลา.....สถานที่.....

อธิบายเหตุการณ์

.....

.....

.....

.....

ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ ()A ()B ()C ()D ()E ()F ()G ()H ()

(คำอธิบาย: ให้ดูเอกสารด้านหลังประกอบการพิจารณาจัดระดับความรุนแรง)

การแก้ไขเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

ผลการแก้ไข

.....

.....

.....

ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติการณ์

เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย นักศึกษา

อื่น ๆ

ระบุ.....ชื่อ/นามสกุลผู้ได้รับผลกระทบ

.....

หน่วยงาน.....

HN.....

ลงชื่อนักศึกษา

(.....)

วัน เดือน ปี.....เวลา.....

ความคิดเห็นของอาจารย์นิเทศ/หัวหน้าเวร/อาจารย์คลินิก

.....
.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

วัน เดือน ปี.....เวลา.....

ความคิดเห็นของอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

วัน เดือน ปี.....เวลา.....

ความเห็นคณบดี / กรรมการบริหารคณะฯ/ กรรมการกำกับมาตรฐานวิชาการ

.....
.....
.....

ลงชื่อ

(.....)

วัน เดือน ปี.....เวลา.....