



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدا
دانشکده پزشکی

کمیته ایمنی دانشکده پزشکی

فرم ثبت گزارش حوادث مخاطره آمیز

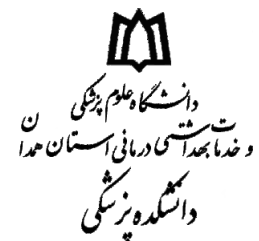
تاریخ تهیه و تنظیم:

۱۴۰۱/۰۹/۱۲

شماره:	تاریخ تکمیل و تأیید فرم:	کد حادثه:
دانشکده: پزشکی	نام سازمان: دانشگاه علوم پزشکی همدان	
تاریخ و ساعت وقوع حادثه:	واحد:	
نام کارشناسان:	نام مسئول آزمایشگاه:	
عامل حادثه ساز:	نوع حادثه:	
شرح وقوع حادثه		

کمیته ایمنی دانشکده پزشکی

فرم ثبت گزارش حوادث مخاطره آمیز



تاریخ تهیه و تنظیم:

۱۴۰۱/۰۹/۱۲

پردازش جزئیات

فرم ثبت گزارش حوادث مخاطره آمیز

کمیته ایمنی دانشکده پزشکی

تاریخ تهیه و تنظیم:

۱۴۰۱/۰۹/۱۲

پیشنهادات

Blank area for providing recommendations.

نام و نام خانوادگی مدیر گروه	نام و نام خانوادگی مسئول آزمایشگاه	نام و نام خانوادگی کارشناس آزمایشگاه	نام و نام خانوادگی شخص عامل حادثه
نام و نام خانوادگی دبیر کمیته ایمنی دانشکده		نام و نام خانوادگی کارشناس کمیته ایمنی دانشکده	