

گزارش رفتار نگران کننده درباره فراگیران و اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

لطفا این فرم را از طریق معاونت آموزشی بیمارستان یا به طور مستقیم به معاونت مربوطه در دانشکده تحویل فرمایید

نام و نام خانوادگی فرد مورد نظر و مشخصات وی (رده آموزشی و محل کار):

تاریخ رویداد: محل بروز رویداد:

شرح رویدادی که باعث نگرانی من از عدم رعایت رفتار حرفه ای شده است:

عواقب رویداد (در صورت وجود) در مراقبت و درمان بیمار، سلامت و امنیت پرسنل و کادر درمان و اختلال در عملکردهای بیمارستان یا واحد مربوطه:

موضوع را با خود ایشان مطرح کرده ام: بلی / خیر

این مورد را با چه کسانی یا مراجعی در میان گذاشته ام (در صورتیکه مورد دارد):

افراد دیگری که شاهد واقعه بوده اند (در صورتیکه مورد دارد):

اقدامی برای بهبود اوضاع انجام شده است (مداخله کنندگان، تاریخ مداخله، نتیجه آن، در صورتیکه مداخله ای انجام شده است):

آیا بررسی این رویداد نیاز به رسیدگی فوری دارد؟: بلی / خیر

گیرنده گزارش: معاونت آموزش عمومی / معاونت آموزش تخصصی / معاونت امور هیات علمی / تحصیلات تکمیلی

شماره تماس:

نام و نام خانوادگی (امضا):

تاریخ تکمیل گزارش:

فرمهای ناقص قابل رسیدگی نیست.
اگر مایل هستید که فرم بی نام شود لازم است مستقیماً فرم تکمیل شده را به معاونت مربوطه تحویل فرمایید. قسمت پایین فرم از آن جدا و به شما تحویل داده می شود.