



واحد بهبود
کیفیت

فرم طرح شکایت بیمار و همراهان



بیمارستان
22 بهمن

شماره سند : 93/QI/103/162 تاریخ بازنگری :
شماره بازنگری : 96/1/20 3

کدرهگیری :

نام بیمار : نام خانوادگی بیمار : تحصیلات :
..... شغل :

نام و نام خانوادگی همراهی : نسبت با بیمار :

تحصیلات : شغل :

مراجعه سرپایی بستری در بخش های درمانی نام بخش :

تاریخ بستری بیمار :/...../..... تاریخ وقوع نارضایتی :/...../.....

تاریخ ثبت گزارش :/...../.....

شیفت : صبح عصر شب

نوع نارضایتی

- برخورد نامناسب کارکنان
- کیفیت خدمات پرستاری ارایه شده به بیمار
- مدت زمان اقامت در بخش اورژانس بیمارستان جهت تعیین تکلیف
- تاخیر در ویزیت بیمار توسط پزشکان
- عدم وجود امکانات و تجهیزات پزشکی کافی
- هزینه درمان در بیمارستان
- سایر موارد :
- وضعیت نوبت دهی
- شرایط فیزیکی و رفاهی در بیمارستان
- عدم رعایت بهداشت در بیمارستان
- عدم دستیابی به نتیجه دلخواه از درمان
- برخورد نامناسب و عدم پاسخگویی پزشک معالج

فرد مورد شکایت:

پزشک پرستار بهیار کمک بهیار منشی بخش پرسنل پاراکلینیک پرسنل اداری پرسنل خدماتی
پرسنل انتظامات

✓ شماره تماس بیمار یا فرد شاکی : و

✓ پست الکترونیکی بیمار یا فرد شاکی :

امضاء فرد شاکی :

نحوه ارایه شکایت : کتبی (صندوق شکایات و ...) تلفنی حضوری سایر



واحد بهبود
کیفیت



بیمارستان
22 بهمن

فرم رسیدگی به شکایات بیمار و همراهان

شماره سند: 93/QI/103/162 تاریخ بازنگری:
شماره بازنگری: 96/1/20 3

کدرهگیری:

اقدام انجام شده در رابطه با شکایت مطرح شده:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. آیا رضایت بیمار جلب شده است؟

بلی / خیر گزارش مورد شکایت به واحد بهبود کیفیت

بلی / خیر گزارش به معاونت آموزشی / ارجاع به مدیریت پرستاری / ارجاع به مدیریت بیمارستان

2. آیا نتیجه موضوع پس از ارجاع مشخص شده است؟

بلی / خیر گزارش نتیجه موضوع به واحد بهبود کیفیت بیمارستان

بلی / خیر اطلاع رسانی وصول شکایت به فرد شاکی / ارجاع به سطوح بالاتر و بررسی مجدد

تاریخ اطلاع رسانی :/...../.....

محل امضاء مسئول
رسیدگی به شکایت:

محل امضاء فرد /مسئول واحد مورد
شکایت: