****

**دانشگاه علوم پزشكي و مرکز آموزشی درمانی بیمارستان شهید مدنی (ره ) خرم آباد**

**كد فرم :**

فرم ثبت شكايت

**نام و نام خانوادگي شاكي : نام پدر : تاريخ شكايت : ساعت وقوع مشكل :**

**آدرس منزل : تلفن ثابت يا همراه :**

**آدرس محل كار : تلفن :**

* **شرح شکایت :......................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................................................**

**...................................................................................................................................................................................................**

* **بخش / واحد مورد شكايت :**

اورژانس بخش ويژه زایشگاه بخش جراحي بخش داخلي اتاق عمل کادر پزشکی دفتر پرستاری پذیرش مدارک پزشکی خدمات امور اداری سایر بنویسید.............

* **آیا از فرد خاصی از بیمارستان شاکی هستید ؟** بلی خیر نام فرد مورد نظر:
* **فرد مورد شكايت :** پزشک پرستار تكنسين اتاق عمل تكنسين بيهوشي بهیار کمک بهیار منشي بخش پرسنل خدماتی پرسنل نگهباني پرسنل اداری ساير موارد
* **موضوع مورد شکایت :**

تسهیلات رفاهی ، تغذیه ، نظافت معطلی یا انتظار بیش از حد

میزان هزینه عدم دسترسی به پزشک یا پرستار

برخورد نامناسب ارائه اطلاعات ناکافی یا غیر قابل فهم

نبود تخت خالی عدم رضایت از خدمات درمانی ارائه شده

لغو یا تعویق عمل جراحی ، تصویربرداری و..... عدم کنترل مناسب یا به موقع درد

نوبت دهي ساير موارد

* **پیگیری توسط :** رئیس مدیر مترون واحد رسیدگی به شکایات
* **آیا موضوع شکایت مربوط به بیمار فوت شده می باشد ؟** بله خیر
* **آیا از پرسنل بیمارستان کسی ادعای شما را تأئید می کند؟** نام پرسنل :...................................... واحد محل كار **:.....................................**
* **آیا شاکی پیشنهاد خاصی برای حل مشکل در نظر دارد؟** بلی خیر شرح دهید:

****

**دانشگاه علوم پزشكي و مرکز آموزشی درمانی بیمارستان شهید مدنی (ره ) خرم آباد**

**كد فرم :**

فرم ثبت شكايت

**لطفا به نکات ذیل حتما توجه نمائید**

1. **نظرات خودرا حتی الا مکان کوتاه و روشن بیان نمائید.**
2. **چنانچه از فردخاصی شکایت دارید نام ومشخصات وی را ذکر نمائید.**
3. **اعلام شماره تماس جهت انجام اقدامات تکمیلی ضروری می باشد.**
4. **در صورت اثبات عدم قصور همكاران و اظهارات خلاف واقع شاكي، حق اعاده حيثيت و شكايت در مراجع قضايي براي پرسنل و مركز محفوظ مي باشد.**

* **نتیجه بررسی:**

**.................................................................................................................................................................................**

**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**تاريخ رسيدگي: تاريخ پاسخ : محمدرضا عسگریان**

**امضاءشاکی : امضاء متشاکی: سوپر وایزر اخلاق بالینی**

**سوپر وایزراخلاق**