

BORANG PELAPORAN INSIDEN

BAHAGIAN A : DILENGKAPKAN OLEH PELAPOR																											
PENERANGAN INSIDEN																											
1	JABATAN / UNIT :																										
2	JENIS (Sila tandakan di tempat berkaitan) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kesilapan atau Insiden Semasa Prosedur Rawatan</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Serangan Fizikal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kesalahan Pengurusan Spesimen</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kesilapan Preskripsi Ubat-ubatan</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Pesakit Terjatuh</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tertinggal bendasing/ alat atau bahan pergigian semasa prosedur rawatan</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kesilapan Rawatan atau Prosedur</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kesilapan Mengenalpasti Pesakit</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kecederaan melibatkan staf dan pelajar pergigian semasa menguruskan klinik pergigian</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Lain-lain (Sila Nyatakan)</td></tr> </table>			<input type="checkbox"/>	Kesilapan atau Insiden Semasa Prosedur Rawatan	<input type="checkbox"/>	Serangan Fizikal	<input type="checkbox"/>	Kesalahan Pengurusan Spesimen	<input type="checkbox"/>	Kesilapan Preskripsi Ubat-ubatan	<input type="checkbox"/>	Pesakit Terjatuh	<input type="checkbox"/>	Tertinggal bendasing/ alat atau bahan pergigian semasa prosedur rawatan	<input type="checkbox"/>	Kesilapan Rawatan atau Prosedur	<input type="checkbox"/>	Kesilapan Mengenalpasti Pesakit	<input type="checkbox"/>	Kecederaan melibatkan staf dan pelajar pergigian semasa menguruskan klinik pergigian	<input type="checkbox"/>	Lain-lain (Sila Nyatakan)				
<input type="checkbox"/>	Kesilapan atau Insiden Semasa Prosedur Rawatan																										
<input type="checkbox"/>	Serangan Fizikal																										
<input type="checkbox"/>	Kesalahan Pengurusan Spesimen																										
<input type="checkbox"/>	Kesilapan Preskripsi Ubat-ubatan																										
<input type="checkbox"/>	Pesakit Terjatuh																										
<input type="checkbox"/>	Tertinggal bendasing/ alat atau bahan pergigian semasa prosedur rawatan																										
<input type="checkbox"/>	Kesilapan Rawatan atau Prosedur																										
<input type="checkbox"/>	Kesilapan Mengenalpasti Pesakit																										
<input type="checkbox"/>	Kecederaan melibatkan staf dan pelajar pergigian semasa menguruskan klinik pergigian																										
<input type="checkbox"/>	Lain-lain (Sila Nyatakan)																										
3	MAKLUMAT PESAKIT / STAF / PELAJAR : NAMA : _____ UMUR : _____ MRN : _____ KP/IC/PASPOT : _____ KAUM : _____ JANTINA : _____		TARIKH INSIDEN : _____ MASA INSIDEN : _____ STATUS : _____																								
4	DIAGNOSIS																										
5	LOKASI INSIDEN																										
6	JENIS PESAKIT : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>PESAKIT LUAR</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>KLINIM PAKAR</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>PELAJAR</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>BILIK X-RAY</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	PESAKIT LUAR	<input type="checkbox"/>	KLINIM PAKAR	<input type="checkbox"/>	PELAJAR	<input type="checkbox"/>	BILIK X-RAY	UNIT : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>PERIODONTIK</td><td><input type="checkbox"/></td><td>KONSERVATIF 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>PEDIATRIK</td><td><input type="checkbox"/></td><td>KONSERVATIF 2</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>PEMBEDAHAN MULUT</td><td><input type="checkbox"/></td><td>ORTODONTIK 1</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>PROSTODONTIK</td><td><input type="checkbox"/></td><td>ORTODONTIK 2</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/>	PERIODONTIK	<input type="checkbox"/>	KONSERVATIF 1	<input type="checkbox"/>	PEDIATRIK	<input type="checkbox"/>	KONSERVATIF 2	<input type="checkbox"/>	PEMBEDAHAN MULUT	<input type="checkbox"/>	ORTODONTIK 1	<input type="checkbox"/>	PROSTODONTIK	<input type="checkbox"/>	ORTODONTIK 2
<input type="checkbox"/>	PESAKIT LUAR																										
<input type="checkbox"/>	KLINIM PAKAR																										
<input type="checkbox"/>	PELAJAR																										
<input type="checkbox"/>	BILIK X-RAY																										
<input type="checkbox"/>	PERIODONTIK	<input type="checkbox"/>	KONSERVATIF 1																								
<input type="checkbox"/>	PEDIATRIK	<input type="checkbox"/>	KONSERVATIF 2																								
<input type="checkbox"/>	PEMBEDAHAN MULUT	<input type="checkbox"/>	ORTODONTIK 1																								
<input type="checkbox"/>	PROSTODONTIK	<input type="checkbox"/>	ORTODONTIK 2																								
7	PERINCIAN INSIDEN																										

