醫療(藥)爭議協調關懷通報單

通報日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通報人員 | 姓名： | 聯絡電話： |  |
| 通訊地址 |  |
| 事件類型 | □1.醫療溝通事件 □2.醫療暴力事件 □3.醫療糾紛事件(含生產事故)□4.異常死亡事件 □5.用藥安全事件 □6.公共意外事件 |
| 爭 點 整 理 分 析 |
| 事實經過 | **＊描述事件經過(包括人、事、時、地、事實)：** |
| 相關證據 | **＊請敘述人員、病歷、診斷書、電子影音等證據：** |
| 訴求 | 申請人(申請方) |  |
| 病人/家屬 |  |
| 可能責任 |  □刑事責任 □民事賠償 □倫理議題 □病安議題 □其他 （請填寫） |
| 可能效應 |  □媒體效應 □公關危機 □醫療訴訟 □其他 （請填寫）**＊程度評估：**□輕 □中 □重 □重大 |
| 五、已進行之處理或關懷調解方式 |
|  |
| 六、需要那些協助 |
| * 人才庫諮詢服務（請圈選：醫學、醫管、護理、法律、心理、社工、病安、公關）

　　　　　　　 社會公正、其他　　　　　　　　　　　　（請填寫）* 列席醫病溝通會議
* 協助員工關懷、轉介心理諮商
* 其他　　　　　　　　　　　　　　　　　　（請填寫）
 |

請填妥以上資料後，

花蓮縣衛生局轄下傳真至03-8236509

臺東縣衛生局轄下傳真至089-342082