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 □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