



## TESİS KAYNAKLI DÜŞME OLAYLARI BİLDİRİM FORMU

Doküman No.	DTY.FR.15
Yayın Tarihi	12.01.2021
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No.	-
Sayfa No.	1/1

<b>Bildirim Tarihi</b>		<b>Düşme Tarihi</b>	
<b>Çalışan ise ;</b>			
<b>Adı - Soyadı</b>		<b>Cinsiyeti</b>	
<b>Yaşı</b>		<b>Çalıştığı Birim</b>	
<b>Hasta ise;</b>			
<b>Adı - Soyadı</b>		<b>Cinsiyeti</b>	
<b>Yaşı</b>		<b>Tanısı</b>	
<b>Yapılan Ameliyat</b>			
<b>Düşme Olayının Olduğu Yer</b>			
Servis/Klinik		Banyo	
Ameliyathane		WC	
Radyoloji		Hasta Kayıt Hizmetleri	
Asansör		Vezne	
Koridor		Diğer:.....	
<b>Bildirim Yapan Kişinin</b>			
<b>Adı-Soyadı</b>			
<b>Mesleği</b>			
<b>Düşme Nedeni :</b>			
<b>Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler ( Düşme Öncesi ):</b>			
<b>Düşme Öncesi Genel Durumu:</b>			
<b>Düşme Sonrası Kişiyeye Yapılan Tıbbi Müdahale:</b>			
<b>Düşme Sonrası Genel Durumu:</b>			

**Not:** Birden fazla düşme nedeni yazılabilir. Düşme olayı olduktan sonra olay bildirim formuyla beraber Kalite Yönetim Birimine gönderilir.

Hazırlayan Kalite Yönetim Birimi	Kontrol Eden Kalite Yönetim Direktörü	Onaylayan Dekan
-------------------------------------	--	--------------------