



DÜŞME OLAY BİLDİRİM FORMU

Döküman No:	SHB.FR.12
Yayın tarihi	17.04.2018
Revizyon Tarihi	00
Revizyon No	--
Sayfa No:	1/1

BİLDİRİM TARİHİ:

DÜŞEN HASTA BİLGİLERİ

Adı soyadı

yaşı

cinsiyeti

Tanısı

Yapılan ameliyat

Düşme tarihi

YATTIĞI BÖLÜM

Yataklı Servis

Poliklinikler

DUŞTUĞU YER

Servis /Klinik

Ameliyathane

Radyoloji

Asansör

Koridor

Banyo

Wc

Hasta Hizmetleri / Vezne

Diğer

Düşme Riski Skoru

Bildirimi Yapan Kişinin Adı Soyadı
/Mesleği

Düşme Nedeni

Düşme Öncesinde Risk Analizi
Yapılarak Alınan Önlemler

Düşme Öncesi Genel Durum

Düşme Sonrası Genel Durum

**Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.

**düşme olayı olduktan sonra ' düşme olayı bildirim formu' KYB (KALİTE YÖNETİM BİRİMİ) gönderilir.