



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : D.TY.FR.03
Yayın Tarihi : 14.02.2024
Revizyon No : 00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1/1

TESİS KAYNAKLI DÜŞME OLAYLARI BİLDİRİM FORMU

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

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

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN