



Topraklık Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi
OLAY BİLDİRİM FORMU

Dok. Kodu:KİO.FR.001

Yayın Tarihi:27.12.2017

Revizyon No:00

Revizyon Tarihi:

Sayfa No: 1 / 1

OLAYIN KONUSU(Hasta Güvenliği) <input type="checkbox"/> İlaç Güvenliği <input type="checkbox"/> Cerrahi Güvenlik <input type="checkbox"/> Kan ve vücut sıvıları ile temas <input type="checkbox"/> Kesici ve delici alet yaralanmaları <input type="checkbox"/> Hasta Düşmeleri <input type="checkbox"/> Diğer	OLAYIN KONUSU(Çalışan Güvenliği) <input type="checkbox"/> İlaç Güvenliği <input type="checkbox"/> Düşmeler <input type="checkbox"/> Kan ve vücut sıvıları ile temas <input type="checkbox"/> Kesici ve delici alet yaralanmaları <input checked="" type="checkbox"/> Ramak Kala <input type="checkbox"/> Diğer
OLAYIN OLDUĞU TARİH/SAAT/BÖLÜM	
OLAYI ANLATINIZ(ZORUNLUDUR)	
VARSA GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZİ YAZINIZ	

* Bildirim formunda yer alan " **olayı anlatınız** " bölümünün doldurulması **zorunlu** olup diğer iki bölümün doldurulması

ise ihtiyaridir. (İsteğe bağlı)

* Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olayla ilişkin bilgilere yer verilmelidir.

* Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmamalıdır.

* Forma olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yazılmamalıdır.

* Bildirim formları , kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Birimi tarafından değerlendirilecektir.

* Hasta ve çalışanın isminin yer aldığı ve/veya tanımlayıcı bulunan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.

* Olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yer alan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.

* Kalite Yönetimi Birimince kurallara uygun gönderilen bildirimler Hasta Güvenliği Komitesine iletilmelidir.

* Olay , bildirim yapanın kendi cümleleri ile anlatılmalıdır.