



TC Sağlık Bakanlığı

**BALGAT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU**

DOK. KODU

İO.FR.01

YAY. TRH.

15.11.17

REV. TRH.

REV. NO.

00

SAYFA NO.

1/1

Gizlilik Talebi Var mı ? Evet Hayır

Hayır ise Adı Soyadı:

Görevi / Çalıştığı Birim:

OLAYIN KONUSU*

HASTA GÜVENLİĞİ	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ
<input type="checkbox"/> İlaç Güvenliği	<input type="checkbox"/> Kesici-Delici Alet Yaralanmaları
<input type="checkbox"/> Cerrahi Güvenlik	<input type="checkbox"/> Kan ve Vücut Sıvısı Sıçramaları
<input type="checkbox"/> Tesis Güvenliği (Can ve mal güvenliğini tehdit edici olaylar vb.)	<input type="checkbox"/> Tesis Güvenliği (Can ve mal güvenliğini tehdit edici olaylar vb.)
<input type="checkbox"/> Düşmeler	<input type="checkbox"/> Düşmeler
<input type="checkbox"/> Radyasyon Güvenliği (gebelere ve tiroid hastalarına koruyucu ekipman giydirilmemesi, radyografilerin koruyucu kapıların kapatılmadan çekilmesi vb.)	<input type="checkbox"/> Radyasyon Güvenliği (Dozimetre kullanılmaması, kurşun önlük ve diğer koruyucuların periyodik kontrollerinin yapılmaması, çekim protokollerine uyulmaması vb.)
<input type="checkbox"/> Bilgi Güvenliği (Başkasının kimliği ile tedavi olma durumu vb.)	<input type="checkbox"/> Bilgi Güvenliği
<input type="checkbox"/> Tıbbi-Cihaz Malzeme Güvenliği	<input type="checkbox"/> Adli Olaylar
<input type="checkbox"/> Hasta Mahremiyeti	<input type="checkbox"/> Mesleki Enfeksiyonlar
<input type="checkbox"/> Diğer ✓ Sterilizasyon biriminden çıkan aletlerin hasta tedavisine kadarki süreçte steril olma devamlılığının korunmaması ✓ Başlıkların ve frezlerin değiştirilmemesi ✓ Ünit dezenfeksiyonunun yapılmaması vb.	<input type="checkbox"/> Ergonomik Çalışma Ortamı <input type="checkbox"/> Diğer:
Olayın Gerçekleştiği Yer:	Olayın Tarihi:

OLAYIN İÇERİĞİ*: Gerçekleşen Olay Ramak Kala Olay Hukuka Yansıyan Olay**OLAYA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLER** (İyileştirme çalışmalarında öneri ve görüşleriniz dikkate alınacağından lütfen belirtiniz)**BİLDİRİM SİSTEMİNDE GENEL KURALLAR:**

- 1-Bildirim formunda yer alan (*)işaretleli alanların doldurulması zorunludur.
- 2-Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri kullanılmamalıdır. İsim belirtilmesi durumunda bildirimler değerlendirmeye alınmamaktadır.
- 3-Kurallara uygun gönderilen bildirimler komite/ekiplere iletilmektedir.
- 4-Gizlilik talebi olması durumunda olay sadece ilgili komitede görüşülür. Özellikle raporlama ve raporların paylaşımı aşamasında gizlilik ilkesi uygulanır.
- 5-Bu form manuel doldurulmuşsa doldurulduktan sonra Kalite Yönetim Birimine gönderilmelidir.