

 TC Sağlık Bakanlığı <b>MALATYA</b> AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ	<b>İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU</b>			
DOKÜMAN NO İO.FR.01	YAYIN TARİHİ 02.01.2018	REVİZYON NO 00	REVİZYON TARİHİ 00	SAYFA NO 1/1

<b>BİLDİRİM YAPAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.</b>	<b>GİZLİLİK TALEBİ VAR MI **</b>	EVET <input type="checkbox"/>		HAYIR <input type="checkbox"/>		
	<b>OLAY BİLDİRİM DETAY</b>					
	<b>Hasta Güvenliği</b>			<b>Çalışan Güvenliği</b>		
	<input type="checkbox"/>	Radyasyon Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Sterilizasyon Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Kesici-Delici Alet Yaralanması
	<input type="checkbox"/>	Bilgi Güvenliği	<input type="checkbox"/>	İlaç Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Kan ve Vücut Sıvısı Sıçramaları
	<input type="checkbox"/>	Tesis Güvenliği	<input type="checkbox"/>	Cerrahi Güvenlik	<input type="checkbox"/>	Düşme
	<input type="checkbox"/>	Hasta Mahremiyeti	<input type="checkbox"/> Diğer.....		<input type="checkbox"/>	Radyasyon Güvenliği
	<input type="checkbox"/>	Protez Güvenliği			<input type="checkbox"/>	Bilgi Güvenliği
	<input type="checkbox"/>	Güvenli Hasta Teslimi			<input type="checkbox"/>	Tesis Güvenliği
	<input type="checkbox"/>	Enfeksiyonların Önlenmesi			<input type="checkbox"/>	Adli Olaylar
<input type="checkbox"/>	Hasta Kimlik Doğrulaması			<input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz-Malzeme Güvenliği	
<input type="checkbox"/>	Hasta Transferi			<input type="checkbox"/>	Enfeksiyonların Önlenmesi	
<input type="checkbox"/>	Düşme			<input type="checkbox"/>	Ergonomik Çalışma Ortamı	
<input type="checkbox"/>	Tıbbi Cihaz-Malzeme Güvenliği			<input type="checkbox"/>	Diğer.....	
<input type="checkbox"/>	Hasta Bilgilendirme ve Rıza Alınması					
<b>Olayın gerçekleştiği yer* :</b>						
<b>Olayın gerçekleştiği zaman aralığı* :</b>						
<b>OLAYIN ANLATILMASI* :</b>						
<b>OLAYA İLİŞKİN VARSA GÖRÜŞ VE ÖNERİLER (İyileştirme çalışmalarında öneri ve görüşleriniz dikkate alınacağından lütfen belirtiniz.) :</b>						

<b>Bildirim Sisteminde Temel Kurallar</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>Bildirim formunda yer alan(*) İşaretli alanların doldurulması zorunlu olup diğer alanların doldurulması ise ihtiyaridir.</li><li>Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri kullanılmalıdır.İsim belirtilmesi durumunda bildirimler değerlendirilmeye alınmamaktadır.</li><li>Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirilmektedir.Kurallara uygun gönderilen bildirimler ilgili Komite / ekiplere iletilmektedir.</li><li>Gizlilik talebi olması durumunda olay sadece ilgili komitede görüşülür.Özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamasında gizlilik ilkesi uygulanır.</li><li>Bu form manuel doldurulmuşsa doldurulduktan sonra Kalite Yönetim Birimine gönderilmelidir.</li></ol>
---	--

<b>ANALİZ VE RAPORLAMA SÜRECİ SORUMLULARI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.</b>	<b>Bildirim Formunun Değerlendirmesi</b>	<b>Değerlendiren Kalite Yönetim Direktörü</b>			
		Değerlendirmeye Alınmadı. <input type="checkbox"/>		Değerlendirmeye Alındı. <input type="checkbox"/>	
		Hukuka Yansıyan Olay <input type="checkbox"/>	Ramak Kala <input type="checkbox"/>	Gerçekleşen Olay <input type="checkbox"/>	
		<b>YAPILACAK/PLANLANAN FAALİYET</b>			
		Düzeltilici Faaliyet <input type="checkbox"/>	Önleyici Faaliyet <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Açıklama:					

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>KONTROL EDEN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim