



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ



DÜŞME OLAYI BİLDİRİM FORMU

Bildirim Tarihi:	
Hastanın:	
Dosya / TC Kimlik No	
Adı Soyadı	
Yaşı	
Cinsiyeti	
Tanısı / Teşhisi	
Düşme Tarihi	
Yattığı Bölüm	
Düştüğü Yer	
Klinik	
Ameliyathane	
Yoğun Bakım	
Poliklinik	
Görüntüleme	
Ayaktan Tedavi	
Tuvalet	
Banyo	
Koridor	
Diğer	
Olay Saati	
Düşme Riski Skoru (İtaki / Harizmi)	
Bildirimi Yapan Kişinin Mesleği	
Düşme Nedeni*	1-)
	2-)
Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler (Düşme Öncesi)	
Düşme Öncesi Genel Durumu	
Düşme Sonrası Genel Durumu	

*Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.

Olayı Rapor Eden
Ad Soyadı / İmza

Hastanın Doktoru

.....

.....