

	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	GR.FR.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ BİLDİRİM FORMU	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2016
		SAYFA NO:	1 / 1

Güvenlik Raporlama Sistemi No:
Olayın Gerçekleştiği Yer: Klinik Poliklinik Ameliyathane Acil Servis Laboratuvar Diğer.....

Hatayı Yapan Meslek Grubu: Doktor Hemşire Sağ. Tek. Memur - Sekreter Danışma Gör.
 Kayıt-Vezne Yrd. Hizm. Teknik Çalş. Tem. Gör.
 Hastane Hizm. Diğer.....

Hata Zamanı: 08.00 - 18.00 18.00 - 24.00 24.00 - 08.00 14.00 - 24.00 Bilinmiyor

Bildirimi Yapan Çalışan Tarafından Doldurulacak	Olayın Konusu*	Hasta Güvenliği	Çalışan Güvenliği	Diğer Güvenlik Olayları
		<input type="checkbox"/> İlaç Güvenliği	<input type="checkbox"/> Kesici Delici Alet Yaralanması	<input type="checkbox"/> Laboratuvar Hataları
		<input type="checkbox"/> Transfüzyon Güvenliği	<input type="checkbox"/> Kan ve Vücut Sıvısı ile Temas	<input type="checkbox"/> Cerrahi Hatalar
		<input type="checkbox"/> Cerrahi Güvenlik	<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> İlaç Hataları
		<input type="checkbox"/> Düşmeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Radyasyon Güvenliği
		<input type="checkbox"/> Hasta Kimliklendirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bilgi Güvenliği
		<input type="checkbox"/> Hasta Transferi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tıbbi Cihaz - Malzeme Güvenliği
		<input type="checkbox"/> Fiziksel Kısıtlama Komplikasyonları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfeksiyonların Önlenmesi
	<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Diğer.....		
	Olayı Anlatınız*			
	Varsa Görüş ve Önerileriniz			
	Bildirim Yapanın Gizlilik Talebi Var mı?* <i>Evet</i> işaretlenmesi durumunda; raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik Gizlilik ilkesi uygulanacaktır.			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
	Hayır ise; Adı - Soyadı:.....		Çalıştığı Birim:	

Güvenlik Raporlama Sistemi Sorumlularına Ait Olan Bölüm	Olayın Nedeni	
	Olayın Tekrar Etmemesi İçin Alınacak Tedbirler	
	Olumsuzluk Tespit Halinde Yapılacak Faaliyet: <input type="checkbox"/> Düzeltici Faaliyet <input type="checkbox"/> Önleyici Faaliyet <input type="checkbox"/> Diğer *Gerçekleştirilen Düzeltici - Önleyici Faaliyet hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.	
	Olayın Durumu - Meydana Gelme Şekli: <input type="checkbox"/> Hukuka Yansıyan Olay <input type="checkbox"/> Ramak Kala Olay <input type="checkbox"/> Gerçekleşen Olay <input type="checkbox"/> Diğer Olay:.....	
	Açıklamalar: <ol style="list-style-type: none"> Bildirim formunda yer alan (*) işaretli alanların doldurulması zorunlu olup, diğer alanların doldurulması ihtiyaridir. Olayla ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri, tarih, birim vb. kullanılmamalıdır. Belirtilmesi durumunda bildirim değerlendirmeye alınmamaktadır. Bildirim formları kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Müdürü tarafından değerlendirilir ve kurallara uygun gönderilen bildirimler ilgili Kurullara / Ekiplere iletilir. Bildirim yapılan olaylar ilgili sorumlu kişilerden ve kurullardan görüş alınarak "Kök Neden Analizi" yapılır ve gereği halinde Düzeltici / Önleyici Faaliyet başlatılır. Alınan kararlar ilgili kişilerle paylaşılır. İlaç Güvenliği, Transfüzyon Güvenliği ve Cerrahi Güvenlik dışındaki olaylarda; Bu bildirim formu ile birlikte olayın ilgili olduğu form doldurularak gönderilmelidir. Örneğin; <ul style="list-style-type: none"> Hasta düşmesinde "Düşme Olayı Bildirim Formu", İş kazalarında "Kaza - Olay Bildirim Formu", "Ramak Kala Olay Bildirim Formu" ve "Sağlık Çalışanı Enfeksiyon Maruziyeti Bildirim Formu" vb. Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu ve 6. maddede belirtilen diğer formlar eksiksiz olarak doldurulup, Kalite Yönetim Birimine gönderilmelidir. 	