



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
DÜŞEN HASTA DEĞERLENDİRME FORMU



Her düşme olayı gerçekleştiğinde **Güvenlik Raporlama Bildirim Formu**, **Düşme Olayı Bildirim Formu** ile birlikte Kalite Yönetim Birimine teslim edilmesi gerekmektedir.

Genel Bilgiler	Hasta Adı Soyadı			
	Yaşı			
	Cinsiyet	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	
	Bölüm			
	Refakatçi	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	
	Hasta Düşme Riski ile ilgili Eğitim Almış mı?	<input type="checkbox"/> Almamış	<input type="checkbox"/> Almış	
	Refakatçi Düşme Riski ile ilgili Eğitim Almış mı?	<input type="checkbox"/> Almamış	<input type="checkbox"/> Almış	
Yattığı Gün Sayısı		Tanı:		
Düşme Hikâyesi	Yeri:			
	Saati:			
	Nasıl Oldu:			
Risk Değerlendirme Durumu	Son değerlendirme tarihi			
	Son değerlendirme skoru			
	Risk Değerlendirme sayısı			
	Figür (Yonca) Kullanılıyor mu?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	
Genel Sağlık Durumu	Bilinç Durumu:	<input type="checkbox"/> Kapalı	<input type="checkbox"/> Açık	
	Engel Durumu:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	
Riskler:	Ortama Ait	Kaygan zemin	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Islak zemin	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Engelli zemin	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Yetersiz aydınlatma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Uygunsuz kıyafet, terlik	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Uygunsuz yerleşimli eşya	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Uyarı / Çağrı Zili	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Tutunma Barları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Yatak Korkulukları	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
	Kişiyeye Ait	Tıbbi Enstrüman Durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (.....)
		Yürümeye Yardımcı Araç Kullanma	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (.....)
		Herhangi bir özür durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (.....)
		Kronik hastalık	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (.....)
		Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (.....)
		Ek Hastalık Durumu	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (Açıklayınız) (.....)
		Bilinç kaybı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Çevreyi tanımama	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Uykusuzluk	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
		Cerrahi İşlem	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var
Son 24 saatte sedatizasyon uygulanmış mı?	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var		
Kısıtlama Uygulanıyor mu?	<input type="checkbox"/> Uygulanmıyor	<input type="checkbox"/> Uygulanıyor		
Risk tespit edilmişse gerekli önlemler alınmış mı?	<input type="checkbox"/> Alınmamış	<input type="checkbox"/> Alınmış		
Alınmayan Önlem / Önlemler:				
Düşme Sonrası Yapılan İşlemler:				
Sonuç:				