

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	İO.FR.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	<b>İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ FORMU</b>	REVİZYON NO:	03
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		SAYFA NO:	1 / 1

<b>İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ NO:</b>		<b>Tarih:</b>		
<b>Olayın Gerçekleştiği Yer:</b> <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Ameliyathane <input type="checkbox"/> Acil Servis <input type="checkbox"/> Laboratuvar <input type="checkbox"/> Diğer.....				
<b>Hatayı Yapan Meslek Grubu:</b> <input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Sağ. Tek. <input type="checkbox"/> Memur - Sekreter <input type="checkbox"/> Danışma Gör. <input type="checkbox"/> Kayıt-Vezne <input type="checkbox"/> Yrd. Hizm. <input type="checkbox"/> Teknik Çalş. <input type="checkbox"/> Tem. Gör. <input type="checkbox"/> Hastane Hizm. <input type="checkbox"/> Diğer.....				
<b>Hata Zamanı:</b> <input type="checkbox"/> 08.00 - 18.00 <input type="checkbox"/> 18.00 - 24.00 <input type="checkbox"/> 24.00 - 08.00 <input type="checkbox"/> 14.00 - 24.00 <input type="checkbox"/> Bilinmiyor				
<b>Bildirimi Yapan Çalışan Tarafından Doldurulacak</b>	<b>Olayın Konusu*</b>	<b>Hasta Güvenliği</b>	<b>Çalışan Güvenliği</b>	<b>Diğer Güvenlik Olayları</b>
		<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"/>	<input type="checkbox"/> Diğer.....	
	<b>Olayın Gelişim Süreci*</b>			
<b>Varsa Görüş ve Önerileriniz</b>				
<b>Bildirim Yapanın Gizlilik Talebi Var mı?*</b> <i>Evet</i> işaretlenmesi durumunda; raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik Gizlilik ilkesi uygulanacaktır.				<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>Hayır</b> ise; Adı - Soyadı:.....		<b>Çalıştığı Birim:</b> .....		

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