



OLAY BİLDİRİM FORMU

Doküman No: KİG.FRM.01	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:
Yürürlük Tarihi: 22.11.2018	Sayfa Numarası:	

OLAY BİLDİRİM FORMU

Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır:

Olay Bildirim Tarihi:	Saati:	Olay Yeri:
Olayın Tarihi:	Saati:	
<u>Olaya Maruz Kalan Hasta İle İlgili Bilgiler</u>	<input type="checkbox"/> Hasta <input type="checkbox"/> Çalışan Kişi	
Adı-Soyadı:	Protokol No:	
Doğum Tarihi:	Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	
<input type="checkbox"/> Poliklinik Hastası: Plk	<input type="checkbox"/> Yatan Hasta:	<input type="checkbox"/> Çalışan Kişi:

OLAY

İlaç Olayları	Bakım Süreci Olayları	Düşme
<input type="checkbox"/> İlaçın Verilmemesi veya Atlanması	<input type="checkbox"/> Hasta Kimlik Bileliğinin Olmaması	<input type="checkbox"/> Düşme Şekli
<input type="checkbox"/> Yanlış İlaç	<input type="checkbox"/> Kimlik Bileliğinde Yanlış Bilgi Olması	<input type="checkbox"/> Muayene Masasından Düşme
<input type="checkbox"/> Yanlış Sıklık	<input type="checkbox"/> Yanlış Hastaya İşlem Yapılması	<input type="checkbox"/> Sedyeden Düşme
<input type="checkbox"/> Yanlış Hasta	<input type="checkbox"/> İşlemin Yanlış Yapılması	<input type="checkbox"/> Taşıma Esnasında Düşme
<input type="checkbox"/> Yanlış Doz	<input type="checkbox"/> İşlem Sonrası Komplikasyon	<input type="checkbox"/> Yataktan Düşme
<input type="checkbox"/> Yanlış Zaman	<input type="checkbox"/> Hatalı Kateter/Tüp/Dren Takılması/Çıkması	<input type="checkbox"/> Banyoda Düşme
<input type="checkbox"/> Yanlış Hiz	<input type="checkbox"/> Etiketlenmemiş Örnek/Test	<input type="checkbox"/> Kısıtlamadan Kurtularak Düşme
<input type="checkbox"/> Yanlış Yol ya da Uygulama	<input type="checkbox"/> Yanlış Etiketlenmiş Örnek/Test	<input type="checkbox"/> Takılma (kablo vb.)
<input type="checkbox"/> Order Edilmemiş İlaç Verilmesi	<input type="checkbox"/> Kayıp Örnek	<input type="checkbox"/> Bayılma
<input type="checkbox"/> Hastanın Alerjisi Olan İlaçın Uygulanması	<input type="checkbox"/> Uygun Olmayan Örnek Alınması	<input type="checkbox"/> Kayma
<input type="checkbox"/> İlaç Etiket Hatası	<input type="checkbox"/> Yetersiz Örnek Alınması	<input type="checkbox"/> Ameliyat Masasından Düşme
<input type="checkbox"/> İlaçın hasta tarafından suistimali	<input type="checkbox"/> Transfüzyon Reaksiyonu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yanık	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yanlış Alan/Taraf Cerrahisi	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ameliyathane-Beklenmeyen Dönüş	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yoğun Bakım-Beklenmeyen Dönüş	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Acil Servis-Beklenmeyen Dönüş (24 saat)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Uygun Olmayan İzolasyon Önlemleri	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> İşlem Öncesi Hazırlık Hatası	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Girişim sırasında hastada yabancı cisim unutulması	

Adli Olaylar	Tesis Güvenliği İle İlgili Olaylar	Tabii Cihaz Bağlantılı Olaylar
<input type="checkbox"/> İhbar	<input type="checkbox"/> Yangın-Patlama	Cihazın Adı:
<input type="checkbox"/> Kendine Zarar Verme	<input type="checkbox"/> Su-Gaz-Sızıntı	<input type="checkbox"/> Cihazın Çalışmaması veya Bozuk Olması
<input type="checkbox"/> Taciiz-Suistimal	<input type="checkbox"/> Hışere-Hıyanı Isırması	<input type="checkbox"/> Cihazın Eksikliği
<input type="checkbox"/> Hasta/Bebek Kaçırılması	<input type="checkbox"/> Kilitli-Kapalı Kalma	<input type="checkbox"/> Cihazda Elektrik Kaçağı
<input type="checkbox"/> Kavga-Dayak	<input type="checkbox"/> Radyasyona Maruz Kalma	<input type="checkbox"/> Cihaza Bağlı Yanma-Yaralanma
<input type="checkbox"/> Hırsızlık-Gasp	<input type="checkbox"/> Kimyasal Madde Dökülmesi - Saçılması	<input type="checkbox"/> Kullanım Talimatına Uymama
<input type="checkbox"/> Kıırma-Dökme	<input type="checkbox"/> Elektrik Çarpması	<input type="checkbox"/> Kalibrasyon eksikliği
<input type="checkbox"/> Kaçan Hasta	<input type="checkbox"/> Su Basması	
<input type="checkbox"/> Bebeğin yanlış aileye verilmesi		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Yaralanmalar	Tabii Malzeme Bağlantılı Olaylar	Ramak Kala	İnsan Kaynaklı Olaylar
<input type="checkbox"/> Cam Kesigi	<input type="checkbox"/> Son Kullanım Tarihi Geçmiş Malzeme Kullanılması		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enjektör - İğne Batması	<input type="checkbox"/> Kullanılan Medikal Malzemenin İstenilen Teknik Özelliklere Sahip Olmaması		
<input type="checkbox"/> Bistüri - Makas vb Kesmesi	<input type="checkbox"/> Steril Malzeme Paketinde Hasar		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Setlerde Malzeme Eksigi		
<input type="checkbox"/>			

HASTANIN HEKİMİ BİLGİLENDİRİLDİ Mİ?
 Evet Tarih - Saat: Hayır → Nedeni:

HEKİM DEĞERLENDİRMESİ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tarih - Saat : Adı Soyadı:
İmzası:

Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır

Olayın Kısa Açıklaması (Açık Anlaşılabilir Bir Dilde Detaylı Olarak Doldurulmalıdır):
.....
.....
.....

Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi Tarafından Doldurulacaktır

Olayın Hasta Üzerindeki Etkisi

<input type="checkbox"/> Hata hastaya ulaşmadan engellendi.	0 puan
<input type="checkbox"/> Hata hastaya ulaştı fakat hasta zarar görmedi.	1 puan
<input type="checkbox"/> Hata hastaya ulaştı fakat hastanın zarar görmediğini anlamak için izlemek gerekti.	2 puan
<input type="checkbox"/> Hata hastaya ulaştı ve hastaya minimal topikal medikal tedavi uygulandı.	3 puan
<input type="checkbox"/> Hata hastada geçici hasara sebep oldu ve hasarın önlenmesi için ilave tedavi gerekti.	4 puan
<input type="checkbox"/> Hata hastanede kalışın uzamasına sebep oldu.	5 puan
<input type="checkbox"/> Hata uzun süreli hasara sebep oldu.	6 puan
<input type="checkbox"/> Hata kalıcı fonksiyon kaybına sebep oldu.	7 puan
<input type="checkbox"/> Hata iş göremezliğe sebep oldu.	8 puan
<input type="checkbox"/> Hata konjenital anomaliye veya doğumsal bir kusura sebep olma ihtimali (Hamileler için).	8 puan
<input type="checkbox"/> Hata hastanın ölümine neden olabilecek önemli reaksiyonlara (alerjik reaksiyon, kardiyak arrest vb.) sebep oldu.	9 puan
<input type="checkbox"/> Hata sonucu hasta öldü.	10 puan

Değerlendirme:
.....
.....

Planlanan Düzeltici/Önleyici Faaliyet:
.....

Sonuç:
.....

Tarih :
.....