|  |
| --- |
|  |
| **BİLDİRİM TARİHİ:** |
| **DÜŞEN HASTA BİLGİLERİ** |
| **Adı soyadı** |  |
| **yaşı** |  |
| **cinsiyeti** |  |
| **Tanısı** |  |
| **Yapılan ameliyat** |  |
| **Düşme tarihi** |  |
| **YATTIĞI BÖLÜM** |
| **Yataklı Servis** |  |
| **Poliklinikler** |  |
| **DÜŞTÜĞÜ YER** |
| **Servis /Klinik** |  |
| **Ameliyathane** |  |
| **Radyoloji** |  |
| **Asansör** |  |
| **Koridor** |  |
| **Banyo** |  |
| **Wc** |  |
| **Hasta Hizmetleri / Vezne** |  |
| **Diğer** |  |
|  |
| **Düşme Riski Skoru** |  |
| **Bildirimi Yapan Kişinin Adı Soyadı****/Mesleği** |  |
| **Düşme Nedeni** |  |
| **Düşme Öncesinde Risk Analizi Yapılarak Alınan Önlemler** |  |
| **Düşme Öncesi Genel Durum** |  |
| **Düşme Sonrası Genel Durum** |  |
| **\*\*Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.****\*\*düşme olayı olduktan sonra ‘ düşme olay bildirim formu’ KYB (KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ) gönderilir.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ****AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI****UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ DÜŞME OLAY BİLDİRİM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-246 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |