

**CTF OLAY BİLDİRİM FORMU**

OBF No:

**Bu Bölüm Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır:**

<b>Olaya Maruz Kalan Kişinin:</b> Adı ve Soyadı: <b>Olaya Maruz Kalan Hasta İse, Hastanın:</b> Adı-Soyadı: Protokol No: Tanısı:	<b>Olayın:</b> Tarih ve Saati: Gerçekleştiği Yer: <b>Bildirimin:</b> Tarihi: Saati:
---	--

**OLAY TANIMI**

<b>Adli Sayılabilecek Olaylar</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> İntihar <input type="checkbox"/> Kendine Zarar Verme <input type="checkbox"/> Taciz-Suistimal <input type="checkbox"/> Hasta-Bebek Kaçırılması <input type="checkbox"/> Kavga-Dayak <input type="checkbox"/> Hırsızlık-Gasp <input type="checkbox"/> Kırma-Dökme <input type="checkbox"/> .....	<b>Davranışsal Olaylar</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hasta Memnuniyetsizliği <input type="checkbox"/> Hasta Davranışı <input type="checkbox"/> Aile Davranışı <input type="checkbox"/> Refakatçi Davranışı <input type="checkbox"/> Ziyaretçi Davranışı <input type="checkbox"/> Çalışan Davranışı <input type="checkbox"/> Hasta Kaçışı <input type="checkbox"/> .....	<b>Tıbbi Cihaz Bağlantılı Olaylar</b> <input type="checkbox"/> <b>Cihazın Adı:</b> ..... <input type="checkbox"/> Cihazın Bulunmaması <input type="checkbox"/> Cihazın Çalışmaması <input type="checkbox"/> Cihazın Yanlış Çalışması <input type="checkbox"/> Cihazın Elektrik Kaçağı <input type="checkbox"/> Cihaza Bağlı Yanma-Yaralanma <input type="checkbox"/> Kullanım Talimatına/Güvenlik Talimatına Uymama <input type="checkbox"/> Cihaz Tasarım Hatası (ekran okunabilirliği, tuş kullanışlılığı) <input type="checkbox"/> .....
<b>Tanı, Tedavi ve Bakım Süreci Hataları</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yanlış Hastaya İşlem Yapılması <input type="checkbox"/> Planlanan İşlemin Yapılmaması <input type="checkbox"/> İşlemin Geç Yapılması <input type="checkbox"/> İşlemin Yanlış Yapılması <input type="checkbox"/> Yanlış Taraf Cerrahisi <input type="checkbox"/> Cerrahi Yanık <input type="checkbox"/> İşlem Öncesi Hazırlık Hatası <input type="checkbox"/> Alet unutulması <input type="checkbox"/> Pozisyon hatası <input type="checkbox"/> Uygun Olmayan İzolasyon Önlemleri <input type="checkbox"/> Etiketlenmemiş Patoloji örneği <input type="checkbox"/> Yanlış Etiketlenmiş örnek <input type="checkbox"/> Örnek üzerinde hasta kimliklendirme hatası <input type="checkbox"/> Kayıp Örnek <input type="checkbox"/> Yanlış Hastaya Sonuç Verme <input type="checkbox"/> Ekstravazasyon <input type="checkbox"/> İlaç Hazırlama/Uygulama Hatası <input type="checkbox"/> Kan Transfüzyon Hatası <input type="checkbox"/> Hatalı Kateter/Tüp/Dren Çıkması <input type="checkbox"/> .....	<b>Düşme</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muayene Masasından Düşme <input type="checkbox"/> Sedyeden Düşme <input type="checkbox"/> Taşıma Esnasında Düşme <input type="checkbox"/> Yataktan Düşme <input type="checkbox"/> Ameliyat Masasından Düşme <input type="checkbox"/> Banyoda Düşme <input type="checkbox"/> Bayılma <input type="checkbox"/> Kayma <input type="checkbox"/> Takılma <input type="checkbox"/> Yerde Bulunma <input type="checkbox"/> .....	<b>Tıbbi Malzeme/Laboratuvar Malzemesi Bağlantılı Olaylar</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kontamine Malzeme <input type="checkbox"/> Medikal Malzeme Bulunmaması <input type="checkbox"/> Steril Malzeme Pakedinde Hasar <input type="checkbox"/> Setlerde Malzeme Eksiği <input type="checkbox"/> .....
	<b>İletişim</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Doktora Ulaşılmadı/ Cevap Vermedi <input type="checkbox"/> Uygunsuz Order <input type="checkbox"/> Uygunsuz Hasta Teslimi <input type="checkbox"/> Eksik Order/Doküman <input type="checkbox"/> Hemşireyi/Doktoru/Tıbbi Personeli Reddetme <input type="checkbox"/> Hasta Kimliklendirme Hatası <input type="checkbox"/> .....	<b>Diğer Olaylar</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yangın-Patlama <input type="checkbox"/> Su-Gaz-Sızıntı <input type="checkbox"/> Haşere-Hayvan Olayları <input type="checkbox"/> Kilitli-Kapalı Kalma <input type="checkbox"/> Radyasyona Maruz Kalma <input type="checkbox"/> Enfeksiyonlu Atığa Maruz Kalma <input type="checkbox"/> Kimyasal Madde Bulaşması <input type="checkbox"/> Elektrik Kaçağına Maruz Kalma <input type="checkbox"/> Kesici Delici Alet Yaralanması <input type="checkbox"/> Kontamine Materyalle Temas <input type="checkbox"/> .....

**Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır:**

Olayın Kısa Açıklaması (Bildirim Yapan Kişi Tarafından Açık Anlaşılabilir Bir Dilde Detaylı Olarak Doldurulmalıdır, Gerekirse Lütfen Arka Sayfaya Devam Ediniz):

Olayı Tesbit Eden ve Raporlayanın (Doldurmak zorunlu değildir)		Varsa Şahit Olan Kişinin (Doldurmak zorunlu değildir)	
Adı ve Soyadı:	Bölümü:		
Görevi:	İmzası:		

**Gerektiğinde Olaya Müdahale Eden Hekim Tarafından Doldurulacaktır:**

Muayene Eden Hekim:	<input type="checkbox"/> Kendi Hekimi	<input type="checkbox"/> Acil Hekimi	<input type="checkbox"/> Diğer
Hastanın Durumu	<input type="checkbox"/> Hasar var	<input type="checkbox"/> Hasar yok	<input type="checkbox"/> Muayene Reddedildi
Hekim Notu:			
Hekimin Adı Soyadı ve İmzası:	Tarih-Saat:		

**Hasta ve Çalışan Güvenliği Koordinatörü Tarafından Doldurulacaktır:**

Görüşler:			
Düzeltilici Önlem Önerisi:			
DÖF açıldıysa ilgili DÖF formunun tarihi ve numarası:			
Adı Soyadı:	İmzası:	Tarih - Saat:	

**BU FORMDAKİ BİLGİLER TÜMÜYLE GİZLİDİR, BU FORM KOPYALANAMAZ, FORMU DİKKATLE DOLDURUP EN KISA SÜREDE HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ KOORDİNATÖRÜNE ULAŞTIRINIZ.**

HAGED-PR-003/FR-002

Rev No:00