

**OE OLAY BİLDİRİM FORMU**

OBF No:

Bu Bölüm Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır:**Olaya Maruz Kalan Kişinin:**

Adı ve Soyadı:

Olaya Maruz Kalan Hasta İse, Hastanın:

Adı-Soyadı:

Protokol No:

Tanısı:

Olayın:

Tarih ve Saati:

Gerçekleştiği Yer:

Bildirim:

Tarihi:

Saati:

OLAY TANIMI**Adli Sayılabilecek Olaylar**

- İntihar
- Kendine Zarar Verme
- Taciz-Suistimal
- Hasta-Bebek Kaçırılması
- Kavga-Dayak
- Hırsızlık-Gasp
- Kıırma-Dökme
-

Davranışsal Olaylar

- Hasta Memnuniyetsizliği
- Hasta Davranışı
- Aile Davranışı
- Refakatçi Davranışı
- Ziyaretçi Davranışı
- Çalışan Davranışı
- Hasta Kaçışı
-

Tıbbi Cihaz Bağlantılı Olaylar

Cihazın Adı:.....

- Cihazın Bulunmaması
- Cihazın Çalışmaması
- Cihazın Yanlış Çalışması
- Cihazın Elektrik Kaçağı
- Cihaza Bağlı Yanma-Yaralanma
- Kullanım Talimatına/Güvenlik Talimatına Uymama
- Cihaz Tasarım Hatası (ekran okunabilirliği, tuş kullanışlılığı)
-

Tanı, Tedavi ve Bakım Süreci Hataları

- Yanlış Hastaya İşlem Yapılması
- Planlanan İşlemin Yapılmaması
- İşlemin Geç Yapılması
- İşlemin Yanlış Yapılması
- Yanlış Taraf Cerrahisi
- Cerrahi Yanık
- İşlem Öncesi Hazırlık Hatası
- Alet unutulması
- Pozisyon hatası
- Uygun Olmayan İzolasyon Önlemleri
- Etiketlenmemiş Patoloji örneği
- Yanlış Etiketlenmiş örnek
- Örnek üzerinde hasta kimliklendirme hatası
- Kayıp Örnek
- Yanlış Hastaya Sonuç Verme
- Ekstravazasyon
- İlaç Hazırlama/Uygulama Hatası
- Kan Transfüzyon Hatası
- Hatalı Kateter/Tüp/Dren Çıkması
-

Düşme

- Muayene Masasından Düşme
- Sedyeden Düşme
- Taşıma Esnasında Düşme
- Yataktan Düşme
- Ameliyat Masasından Düşme
- Banyoda Düşme
- Bayılma
- Kayma
- Takılma
- Yerde Bulunma
-

İletişim

- Doktora Ulaşılmadı/ Cevap Vermedi
- Uygunsuz Order
- Uygunsuz Hasta Teslimi
- Eksik Order/Doküman
- Hemşireyi/Doktoru/Tıbbi Personeli Reddetme
- Hasta Kimliklendirme Hatası
-

Tıbbi Malzeme/Laboratuvar Malzemesi Bağlantılı Olaylar

- Kontamine Malzeme
- Medikal Malzeme Bulunmaması
- Steril Malzeme Pakedinde Hasar
- Setlerde Malzeme Eksiği
-

Diğer Olaylar

- Yangın-Patlama
- Su-Gaz-Sızıntı
- Haşere-Hayvan Olayları
- Kilitli-Kapalı Kalma
- Radyasyona Maruz Kalma
- Enfeksiyonlu Atığa Maruz Kalma
- Kimyasal Madde Bulaşması
- Elektrik Kaçağına Maruz Kalma
- Kesici Delici Alet Yaralanması
- Kontamine Materyalle Temas
-

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)

Adı ve Soyadı:

Bölümü:

Görevi:

İmzası:

Varsa Şahit Olan Kişinin (Doldurmak zorunlu değildir)**Gerektiğinde Olaya Müdahale Eden Hekim Tarafından Doldurulacaktır:**

Muayene Eden Hekim:

 Kendi Hekimi Acil Hekimi Diğer

Hastanın Durumu

 Hasar var Hasar yok Muayene Reddedildi

Hekim Notu:

Hekimin Adı Soyadı ve İmzası:

Tarih-Saat:

Çalışan ve Hasta Güvenliği Komitesi Koordinatörü Tarafından Doldurulacaktır:

Görüşler:

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih - Saat:

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

OE-PR-003/FR-001

Rev No:00