

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: İO.FR.01
		Yayın Tarihi : 12.09.2017
		Revizyon Tarihi:
		Revizyon No : 00
İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU		

Tarih:/...../.....

Form No:.....

BİRİNCİ BÖLÜM

Olayın Türü		
<input type="checkbox"/> Ramak kala	<input type="checkbox"/> Gerçekleşen	<input type="checkbox"/> Gerçekleşmesi muhtemel
Olayın Konusu		
<input type="checkbox"/> Hasta Güvenliği	<input type="checkbox"/> Çalışan Güvenliği	
Olayın Alt Konusu		
<input type="checkbox"/> İlaç güvenliği	<input type="checkbox"/> Hasta bilgilendirme ve rızası	<input type="checkbox"/> Cerrahi güvenlik
<input type="checkbox"/> Radyasyon güvenliği	<input type="checkbox"/> Bilgi güvenliği	<input type="checkbox"/> Hasta mahremiyeti
<input type="checkbox"/> Enfeksiyon riski	<input type="checkbox"/> Düşme riski	<input type="checkbox"/> Kesici-delici alet yaralanması
<input type="checkbox"/> Ergonomi	<input type="checkbox"/> Cihaz ve malzeme güvenliği	<input type="checkbox"/> Yangın-patlama
<input type="checkbox"/> Yaralanma	<input type="checkbox"/> Diğer	

İKİNCİ BÖLÜM

Olayın İçeriği	
----------------	--

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Görüş ve Önerileriniz	
-----------------------	--

*Bildirimi Yapan
Adı Soyadı ve Görevi

*Kimliğinizin gizlenmesini istediğinizde rumuz kullanabilir ya da isim yazmayabilirsiniz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Karar	<input type="checkbox"/> Düzeltici- Önleyici Faaliyet başlatılması uygundur. <input type="checkbox"/> Düzeltici- Önleyici Faaliyet başlatılması uygun görülmemiştir.	DÖF No:.....
-------	---	--------------

İSTENMEN OLAY BİLDİRİM, ANALİZ ve RAPORLAMA SORUMLULARI

<i>Dt.Korkut TEKİNŞEN</i> Başhekim Yardımcısı	<i>Funda SOYTÜRK</i> İdari ve Mali İşler Müdür Yard.	<i>Serhat YETİŞ</i> Kalite Yönetim Direktörü
--	---	---