

	<b>T.C. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ OLAY BİLDİRİM FORMU</b>	<b>Doküman no</b>
		<b>İlk yayın tarihi</b>
		<b>Revizyon tarihi</b>
		<b>Revizyon no</b>
		<b>Sayfa</b>

### TUTANAK

<b>Düzenlenme Tarihi/Saat</b>	...../...../..... Saat:
<b>Olay tarihi/Saat</b>	...../...../..... Saat:
<b>Kazanın Meydana Geldiği Bölüm/Alan/Klinik vb.</b>	
<b>Kazaya Uğrayan Kişinin Adı Soyadı:</b>	<b>T.C. Kimlik Numarası</b>
<b>Kazaya Uğrayan Kişi</b>	<input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Akademik Personel <input type="checkbox"/> İdari Personel <input type="checkbox"/> Yaşı:.....
<b>Cep telefonu:</b>	
<b>Dahili telefon:</b>	
<b>e-mail:</b>	
<b>Kazanın türü:</b>	
<b>Kazada Etkilenen Vücut Bölgesi</b>	
<b>Kazadan sonra ne yaptınız?</b>	<input type="checkbox"/> Tedavi için müracaat etmedim <input type="checkbox"/> Tedavi için müracaat ettim
<b>Tedavi için müracaat ettiği bölüm/bölmeler</b>	
<b>Müracaat ettiği bölüm doktorunun hakkında verdiği karar</b>	<input type="checkbox"/> Tedavi verdi <input type="checkbox"/> Tedavi vermedi <input type="checkbox"/> Başka bölüm/hastaneye sevk etti <input type="checkbox"/> Aşı önerdi <input type="checkbox"/> Takip önerdi
<b>Kaza sonucu kişi</b>	<input type="checkbox"/> Kişi zarar görmedi
<b>Kaza Sonucu kişi</b>	<input type="checkbox"/> Ayakta tedavi gördü
<b>Kaza sonucu kişi</b>	<input type="checkbox"/> Hastaneye yattı
<b>Kazanın sebebini ve olayı açıklayınız: (Kazanın yaşandığı bölüm tarafından doldurulacaktır.)</b>	
<b>Olay/Kaza sonrası ne yaptınız:</b>	
<b>Olay sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanıyor muydunuz? Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/></b> <b>Evet ise hangilerini kullanıyordunuz:</b>	
<b>Kazayı gören</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok 1.Şahit/şahitlerin adı soyadı ve imzası /Şahidin Adresi ve Tel No: Beyanı:	
<b>Kaza ile ilgili yapılan Düzeltici ve Önleyici Faaliyet: (Bu bölüm Kalite Koordinatörlüğü tarafından doldurulacaktır.)</b>	

**Kalite Komisyonu:**.....

**Tarih/İmza:**

*Olay ile ilgili bu Form Kalite Komisyonu'na teslim edilir.*

<b>Formu Dolduran Kişi Adı Soyadı:</b>	<b>Olay/Kaza Geçiren Kişi Adı Soyadı:</b>	<b>Tanık Olan Kişi Adı Soyadı:</b>	<b>Bölüm Sorumlusu Adı Soyadı:</b>
<b>Tarih ve İmza</b>	<b>Tarih ve İmza</b>	<b>Tarih ve İmza</b>	<b>Tarih ve İmza</b>