

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

TUTANAK

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

Kalite Komisyonu:.....

Tarih/İmza:

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

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