ÖZEL HALKALI KENT HASTANESİ	DÜŞME OLAY BİLDİRİM FORMU			
Doküman No	**Yayın Tarihi**	**Revizyon No**	**Revizyon Tarihi**	**Sayfa Sayısı**
İO.FR.004	19/08/2020	00	… / … / 20…	**1 / 1**

Bildirim Tarihi	:
HASTANIN	
Adı Soyadı	:
Yaşı	:
Cinsiyeti	:
Tanısı	:
Düşme Tarihi	:

	Yattığı Bölüm		**Düştüğü Yer**
☐	**Nöroloji**	☐	**Servis / Klinik**
☐	**Kardiyoloji**	☐	**Ameliyathane**
☐	**FTR**	☐	**Yoğun Bakım**
☐	**Ortopedi**	☐	**Poliklinik**
☐	**Genel Cerrahi**	☐	**Görüntüleme**
☐	**Dahiliye**	☐	**Ayaktan Tedavi**
☐	**Beyin Cerrahisi**	☐	**Tuvalet / Banyo**
☐	**Kalp Damar Cerrahisi**	☐	**Koridor**
☐	**Çocuk Hastalıkları**	☐	**Hasta Odası**
☐	**Diğer**	☐	**Diğer**

	Düşme Nedeni*		
☐	**Hasta Kaynaklı**	**Hasta Erişkin Hasta İse Düşme Riski Skoru**	:
☐	**Bakım Kaynaklı**	**Bildirimi Yapan Kişinin Mesleği**	:
☐	**Tesis Kaynaklı**	**Açıklama:**	
	Düşme Öncesi Genel Durumu		
	Düşme Sonrası Genel Durumu		

Düşme Sonrası Hastaya Yapılan İşlemler / Sonuç:

* Birden çok düşme nedeni işaretlenebilir.
Düşme olayı bildirim formu olayın gerçekleştiği anda bildirimi yapacak kişi tarafından doldurulur ve Kalite Birimi'ne teslim edilir.

Elektronik ortamdan baskı olarak alınan imzasız dokümanlar "Kontrolsüz Kopya"dır.