



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
İstanbul Bağıcılar Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman No

Yürürlük Tarihi

Revizyon Tarihi ve No

Sayfa No

İO.FR.29

01.11.2017

24.01.2019-01

1 / 1

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU

Raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarında gizlilik ilkesi uygulanmasını istiyorum.

### Bildirim Konusu

Hasta Güvenliği	Çalışan Güvenliği
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> İlaç Güvenliği</li><li><input type="checkbox"/> Cerrahi güvenlik</li><li><input type="checkbox"/> Radyasyon Güvenliği</li><li><input type="checkbox"/> Hasta Kimlik Doğrulama Yapılmaması</li><li><input type="checkbox"/> Düşmeler</li><li><input type="checkbox"/> Diğer</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Radyasyon Güvenliği</li><li><input type="checkbox"/> Kesici/Delici Alet Yaralanmaları</li><li><input type="checkbox"/> Kan ve Vücut Sıvıları İle Temas</li><li><input type="checkbox"/> Düşmeler</li><li><input type="checkbox"/> Diğer</li></ul>

### Olayı Anlatınız (Doldurulması zorunludur)

### Varsa Görüş ve Önerilerinizi Yazınız

### Bildirim Formu Değerlendirmesi

İlgili Komiteye/Sorumluya (.....) iletilmesi uygundur

**Kalite Yönetim Direktörü**

**Kök Neden Analizi** (sisteme ilişkin değerlendirmelerde bulunmalı, sistemin aksayan yönleri değerlendirilmelidir.)

**İlgili Komite/ Sorumlu**

(.....)

Yapılan analiz sonuçlarını Kalite Yönetim Birimine gönderiniz. Gerekliyse "Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formu" doldurarak Düzeltilici Önleyici Faaliyet başlatınız.