|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| aibu_dis_logo | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| KİO.FR.01 | 09/2017 | - | - | 1/2 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **HASTA GÜVENLİĞİ** | **ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ** |
| **OLAYIN KONUSU** | **\***ilaç Güvenliği | **\***Kesici Delici Alet Yaralanmaları |
| **\***Hasta Düşmeleri | **\***Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas |
| **\***Cerrahi Güvenlik | **\***Düşmeler |
| **\***Diğer | **\***Diğer |
| **OLAYI ANLATINIZ** |  |
| **VARSA GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM FORMU | C:\Users\Aidata\Downloads\birincilogo_3559696.png |
| DOKÜMAN KODU | YAYIN TARİHİ | REVİZYON NO | REVİZYON TARİHİ | SAYFA NO |
| KİO.FR.01 | 09/2017 | - | - | 2/2 |

**AÇIKLAMALAR:**

**\***Bildirim formunda yer alan ''olayı anlatınız'' bölümünün doldurulması zorunlu olup diğer iki bölümün doldurulması isteğe bağlıdır.

**\***Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olayla ilişkin bilgilere yer verilmelidir.

**\***Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmamalıdır.

**\***Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Birimi tarafından değerlendirilecektir.

**\***Hasta ve çalışan isminin yer aldığı ve/veya tanımlayıcı bulunan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.

**\***Olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yer alan formlar değerlendirmeye alınmayacaktır.

**\***Kalite Yönetim Birimince kurallara uygun gönderilen bildirimler Hasta ve Çalışan Güvenliği Komitesine iletilmelidir.

**\***Olay, bildirimi yapanın kendi cümleleri ile anlatılmalıdır.