|  |  |
| --- | --- |
| indir |  **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ** **DÜŞME OLAY BİLDİRİM FORMU** |
|  **KODU** | **HB.FR.12** | **YAYIN TARİHİ** | **01.11.2018** | **REVİZYON TARİHİ** | **03.01.2022** | **REVİZYON NO** | **01** | **SAYFA SAYISI** |  **01** |

|  |
| --- |
| Bildirim Tarihi: |
| Hastanın; |
| Adı - Soyadı |  |
| Yaşı |  |
| Cinsiyeti | Kadın | Erkek |  |
| Durumu | Hasta | Hasta yakını | Hastane çalışanı |
| Tanısı |  |
| Düşme Tarihi |  |
| Yatan Hasta ise Bölümü |  |
| Düştüğü yer : | Acil Servis |
|  | Servis / Klinik |
|  | Poliklinik |
|  | Görüntüleme Birimi |
|  | Ayaktan Tedavi Birimi |
|  | Tuvalet |
|  | Banyo |
|  | Koridor |
|  | Diğer |
| Tanıksız Düşme Olayı İse Belirtilmelidir | Tanıksız düşme olayıdır | Düşmenin gerçekleşmiş olabileceği zaman dilimini belirtiniz: |
| Düşme Riski Skoru |  |
| Bildirim Yapan Kişinin Mesleği |  |
| Düşme Nedeni \* | Hasta Kaynaklı |
|  | Bakım Kaynaklı |
|  | Tesis Kaynaklı |
| Açıklama |  |
| Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler ( Düşme Öncesi ) |  |
| Düşme Öncesi Genel Durumu |  |
| Düşme Sonrası Genel Durumu |  |

\* Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.