

BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
OLAY BİLDİRİM FORMU

ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci No:
Öğrenci Telefon No:
Öğrenci e-mail:
Öğrenci Okuduğu Sınıf:

İstenmeyen Olay: Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve / veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.

OLAY İLE İLGİLİ BİLGİLER

- Olay:**
- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Yanlış ilaç uygulama | ☐ Hasta evraklarında hata yapma | ☐ Elektrik çarpması |
| ☐ Kesici-Delici alet yaralanması | ☐ Yanık | ☐ Kendine zarar verme |
| ☐ Düşme | ☐ Etiketlenmemiş örnek | ☐ Yanlış etiketlenmiş örnek |
| ☐ Şiddet | ☐ Taciz-Suistimal | ☐ Uygun olmayan izolasyon yöntemleri |
| ☐ Kırma/Dökme | ☐ Hırsızlık-Gasp | ☐ Tıbbi/kimsayasal atık kazaları |
| ☐ Yanlış invaziv girişim | ☐ Radyasyona maruz kalma | ☐ Yaralanma/Sakatlanma |
| ☐ Allerji | ☐ İlaç sıçramalarına maruz kalma | |
| ☐ Bulaş | ☐ Diğer | |
| (Belirtiniz):..... | | |

Olayın meydana geldiği tarih ve saat:

Olayın meydana geldiği yer:

Olay anında yapılan iş:

Olaya sebebiyet veren durum:

Bireysel	Kurumsal
☐ Heyecan ☐ Acele etme ☐ Bilgi eksikliği ☐ Dikkati dağıtan davranışlar (Cep telefonu ile oyalanma, müzik dinleme vb.) ☐ İletişim eksikliği ☐ Psikolojik etkenler	☐ Gerçekleşen olaya yönelik kurumun yazılı prosedür/protokol/talimatının olmaması ☐ Cihaz/ürün kullanma talimatlarının eksikliği ☐ Cihazın/Ürünün çalışmaması/Bozuk olması ☐ Cihaz/Ürün eksikliği ☐ Kalibrasyon eksikliği ☐ Son kullanım tarihi geçmiş ürünler ☐ Malzeme eksikliği ☐ Deneyimli/Kalifiye personel eksikliği ☐ Kaygan zemin levhalarının olmaması ☐ Gürültü ☐ Aydınlatmanın az olması

	☐ Cihazda/Üründe elektrik kaçağı ☐ Ortamın ergonomik olmaması
Olayın Özeti:	
Yaralanma var mı? : ☐ Var ☐ Yok	
Yaranın yeri ve türü: ☐ Açık yara ☐ Kapalı yara	
Olaya şahitlik eden kişi/kişiler: ☐ Var (Adı- Soyadı:.....) ☐ Yok	
Var ise; şahidin olayı değerlendirmesi:	
Bildirim Tarihi ve Saati:	
Öğrenci ilgili birime başvuru konusunda bilgilendirildi mi? ☐ Evet ise Bilgilendirmeyi yapan kişi: ☐ Hayır	
SAHA/ KLİNİK UYGULAMA SORUMLUSU İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Ad-Soyad:	
Uygulama alanı:	
Tarih: Öğrenci imza:	Tarih: Uygulama sorumlusu imza: