|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ÖZEL BAŞAK ÇOCUK**  **TIP MERKEZİ** | **DOKÜMAN KODU:** |  |
| **YAYIN TARİHİ:** |  |
| **İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ FORMU** | **REVİZYON NO:** |  |
| **REVİZYON TARİHİ:** |  |
| **SAYFA NO:** | **1 / 1** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ NO:** | | | | **Tarih:** | | |
| **Olayın Gerçekleştiği Yer:** □ Klinik □ Poliklinik □ Ameliyathane □ Acil Servis □ Laboratuvar □ Diğer……………..  **Hatayı Yapan Meslek Grubu:** □ Doktor □ Hemşire □ Sağ. Tek. □ Memur - Sekreter □ Danışma Gör.   * Kayıt-Vezne □ Yrd. Hizm. □ Teknik Çalş. □ Tem. Gör. * Hastane Hizm. □ Diğer……………   **Hata Zamanı:** □ 08.00 - 18.00 □18.00 - 24.00 □ 24.00 - 08.00 □ 14.00 - 24.00 □ Bilinmiyor | | | | | | |
| **Bildirimi Yapan Çalışan Tarafından Doldurulacak** | **Olayın Konusu\*** | **Hasta Güvenliği** | **Çalışan Güvenliği** | | **Diğer Güvenlik Olayları** | |
| □ İlaç Güvenliği | □ Kesici Delici Alet Yaralanması | | □ Laboratuvar Hataları | |
| □ Transfüzyon Güvenliği | □ Kan ve Vücut Sıvısı ile Temas | | □ Cerrahi Hatalar | |
| □ Cerrahi Güvenlik | □ Diğer……………… | | □ İlaç Hataları | |
| □ Düşmeler | □ | | □ Radyasyon Güvenliği | |
| □ Hasta Kimliklendirme | □ | | □ Bilgi Güvenliği | |
| □ Hasta Transferi | □ | | □ Tıbbi Cihaz - Malzeme Güvenliği | |
| □ Fiziksel Kısıtlama Komplikasyonları | □ | | □ Enfeksiyonların Önlenmesi | |
| □ Diğer……………. | □ | | □ Diğer…………………. | |
| **Olayın Gelişim Süreci\*** |  | | | | |
| **Varsa Görüş ve Önerileriniz** |  | | | | |
| **Bildirim Yapanın Gizlilik Talebi Var mı?\***  ***Evet*** işaretlenmesi durumunda; raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik Gizlilik ilkesi uygulanacaktır. | | | | | □ Evet □ Hayır |
| ***Hayır*** ise; Adı - Soyadı:…………………………….. Çalıştığı Birim:…………………………. | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Sorumlularına Ait Olan Bölüm** | **Olayın Nedeni** |  |
| **Olayın Tekrar Etmemesi İçin Alınacak Tedbirler** |  |
| **Olumsuzluk Tespit Halinde Yapılacak Faaliyet:** □ Düzeltici Faaliyet □ Önleyici Faaliyet □ Diğer  \*Gerçekleştirilen Düzeltici - Önleyici Faaliyet hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir. | |
| **Olayın Durumu - Meydana Gelme Şekli:**  □ Hukuka Yansıyan Olay □ Ramak Kala Olay □ Gerçekleşen Olay □ Diğer Olay:…………………….. | |
| **Açıklamalar:**   1. Bildirim formunda yer alan (\*) işaretli alanların doldurulması zorunlu olup, diğer alanların doldurulması ihtiyaridir. 2. Olayla ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri, tarih, birim vb. kullanılmamalıdır. Belirtilmesi durumunda   bildirim değerlendirmeye alınmamaktadır.   1. Bildirim formları kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirilir ve kurallara uygun gönderilen bildirimler ilgili Kurullara / Ekiplere iletilir. 2. Bildirim yapılan olaylar ilgili sorumlu kişilerden ve kurullardan görüş alınarak “Kök Neden Analizi” yapılır ve gereği halinde Düzeltici - Önleyici Faaliyet başlatılır. 3. Alınan kararlar ilgili kişilerle paylaşılır. 4. İlaç Güvenliği, Transfüzyon Güvenliği ve Cerrahi Güvenlik dışındaki olaylarda; Bu bildirim formu ile birlikte olayın ilgili olduğu form doldurularak gönderilmelidir. Örneğin;    * Hasta düşmesinde “Düşme Olayı Bildirim Formu",    * İş kazalarında “Kaza - Olay Bildirim Formu”, “Ramak Kala Olay Bildirim Formu” ve “Sağlık Çalışanı Enfeksiyon Maruziyeti Bildirim Formu” vb. 5. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu ve 6. maddede belirtilen diğer formlar eksiksiz olarak doldurulup, Kalite   Yönetim Birimine gönderilmelidir. | |