|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **AHMET KELEŞOĞLU DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ**  **DÜŞME OLAYI BİLDİRİM FORMU** | | Doküman No | FR-353 |
| İlk Yayın Tarihi | 20.09.2021 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1 / 1 |
| **Bildirim Tarihi:** | | | | |
| **Hastanın:** | | | | |
| Adı Soyadı/TC No | |  | | |
| Yaşı | |  | | |
| Cinsiyeti | |  | | |
| Tanısı | |  | | |
| Düşme Tarihi | |  | | |
| **Düştüğü Yer** | |  | | |
| Klinik | |  | | |
| Poliklinik | |  | | |
| Görüntüleme | |  | | |
| Tuvalet | |  | | |
| Koridor | |  | | |
| Diğer | |  | | |
| **Bildirimi Yapan Kişinin Görevi** | |  | | |
| **Düşme Nedeni\*** | |  | | |
| Hasta Kaynaklı | |  | | |
| Bakım Kaynaklı | |  | | |
| Tesis Kaynaklı | |  | | |
| Açıklama | |  | | |
| **Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler (Düşme Öncesi)** | |  | | |
| **Düşme Öncesi Genel Durumu** | |  | | |
| **Düşme Sonrası Genel Durumu** | |  | | |