|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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** |  |