



Özel **EKOL HASTANESİ**
ADVERS ETKİ BİLDİRİM FORMU



A. HASTAYA AİT BİLGİLER						2. Ciddiyet Kriteri			
1. Hastanın Adı ve Soyadının Baş Harfleri:		2. Doğum Tarihi:		2a. Yaş:	3. Cinsiyet	4. Boy: _____ cm	5. Ağırlık: _____ kg		
		Gün	Ay	Yıl	<input type="checkbox"/> Kadın				
					<input type="checkbox"/> Erkek				
B. ADVERS ETKİ (LER)						2. Ciddiyet Kriteri (Uygun olanı işaretleyiniz)			
1. Advers Etkiyi Tanımlayınız			Başlangıç Tarihi (Gün / Ay / Yıl)	Bitiş Tarihi (Gün/Ay/Yıl)	Sonuç	<input type="checkbox"/> Ölüm			
					<input type="checkbox"/> İyileşti/Düzeldi	<input type="checkbox"/> Hayatı Tehdit Edici			
					<input type="checkbox"/> İyileşiyor/Düzeliyor	<input type="checkbox"/> Hastaneye Yatışa Sebep Olma ve/veya Yatış Süresini Uzatma (...gün)			
					<input type="checkbox"/> Sekel Bırakarak İyileşti /Düzeldi	<input type="checkbox"/> Kalıcı veya Belirgin Sakatlığa veya İş göremezliğe Neden Olma			
					<input type="checkbox"/> Devam Ediyor	<input type="checkbox"/> Konjenital Anomali ve/veya Doğum Kusuru			
					<input type="checkbox"/> Ölümle sonuçlandı	<input type="checkbox"/> Diğer			
					<input type="checkbox"/> Bilinmiyor	Hasta öldü ise ölüm nedeni:			
					<input type="checkbox"/> Diğer	Otopsi yapıldı mı?			
						<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır (Evet ise ilgili dökümanı ekleyin.)			
3. Laboratuvar Bulguları (Tarihleriyle birlikte - Gün / Ay / Yıl)									
4. İlgili Tıbbi Öykü / Eş Zamanlı Hastalıklar: (Örneğin: Allerji, gebelik, sigara ve alkol kullanımı, hepatik/renal yetmezlik, diyabet, hipertansiyon...v.b) Konjenital anomaliler için gebelikte annenin aldığı tüm ilaçlar ve maruz kaldığı hastalıklar ile birlikte son menstruasyon tarihini de belirtiniz. (Gün / Ay / Yıl)									
C. KULLANILAN TIBBİ ÜRÜN(LER)									
1. Şüphelenilen İlaçın Adı:	2. Veriliş Yolu:	3. Günlük Doz:	4. İlaça Başlama Tarihi (gün/ay/yıl)	5. İlaçın Kesildiği Tarih (gün/ay/yıl)	6. Endikasyon:	7. İlaç kesildi mi?	8. İlaç kesilince veya doz azaltılınca advers etki azaldı mı?	9. İlaç Yeniden Verildi mi?	10. İlaç Yeniden Verilince Advers Etki Tekrarladı mı?
			İlaça Devam Ediliyorsa DEVAM Yazınız, Bilinmiyorsa Kullanım Süresini Veriniz.			<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
						<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
						<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor
11. Eş Zamanlı Kullanılan İlaç(lar): (Oluşan Advers Etkinin Tedavisi için Kullanılanlar Hariç)									
						12. Diğer Gözlemler ve Yorum: (Kullanılan Beşeri Tıbbi Ürünün Kalitesi ile İlgili Bir Sorundan Şüpheleniliyorsa, Lütfen Şüphelenilen Ürünün Seri Numarası ve Son Kullanma Tarihi ile Birlikte Bu Sorunu Belirtiniz.)			
13. Advers Etkinin Tedavisi: (tedavi için kullanılan ilaçlar ve kullanım tarih (gün/ay/yıl) leriyle birlikte)									
D. BİLDİRİM YAPAN KİŞİYE AİT BİLGİLER				E. RUHSAT/İZİN SAHİBİNE AİT BİLGİLER (Yalnızca ruhsat/izin sahibi tarafından yapılan bildirimlerde doldurulacaktır):					
1. Adı, Soyadı :		2. Meslek :		1. Ruhsat/izin Sahibinin Adı :		1a. İletişim Bilgileri:			
		3. Tel. No:				Tel:			
						Faks:			
						Adres:			
4. Adresi :		5. Faks :		2. Ürün Güvenliği Sorumlusunun Adı ve Soyadı:		2a. Tel:			
		6. E-posta:				Faks:			
						E-posta:			
7. İmza :		8. Rapor firmaya da bildirildi mi?		2b. Adresi:		2c. İmzası:			
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bilinmiyor							
9. Rapor Tarihi:		10. Rapor tipi:		3. Ruhsat/izin Sahibinin rapor numarası:					
		<input type="checkbox"/> İlk <input type="checkbox"/> Takip							
		11. Medikal Kayıt No:		4. 4. Ruhsat/izin Sahibinin İlk Haberdar Olma Tarihi:					
				5. Raporun TÜFAM'a bildirilme Tarihi:					
				6. Rapor tipi:		<input type="checkbox"/> İlk <input type="checkbox"/> Takip			



Özel EKOL HASTANESİ
ADVERS ETKİ BİLDİRİM FORMU



Hazırlayan	Hazırlayan	Kontrol Eden	Kontrol Eden
Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ	Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Canşah AYICI	Hastane Müdürü Mustafa İŞİK MUSTAFA İŞİK	Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ
Son Kontrol		Onay	
Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR		Başhekim Op. Dr. Cihan GAZİOĞLU	

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HB.FR.31	01.01.2008	02	15.01.2016	2 / 2