



Özel **EKOL HASTANESİ**
DÜŞEN HASTA OLAY BİLDİRİM FORMU



AYAKTAN HASTA: YATAN HASTA:

TARİH:/...../20.....

DÜŞEN HASTA BİLGİLERİ

ADI SOYADI :
YAŞ :
CİNSİYET :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :
YATTIĞI BÖLÜM (yattiyorsa) :
TANISI :
DÜŞME RİSKİ SKORU :

Yatan hasta ise hastaya ait barkod yapıştırınız.

YAŞ GRUBU (Düşen hasta, çocuk ise)

0-3 YAŞ 8-13 YAŞ
 4-7 YAŞ 14-18 YAŞ

OLAY BİLGİLERİ

OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ TARİH :/...../20..... MESAİ İÇİ :
OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ SAAT : MESAİ DIŞI :
BİLDİRİMİ YAPAN KİŞİ / MESLEĞİ : MESAİ DIŞI :

DÜŞME NEDENİ

HASTA KAYNAKLI BAKIM KAYNAKLI TESİS KAYNAKLI

AÇIKLAMA:

DÜŞTÜĞÜ YER

SERVİS/KLİNİK POLİKLİNİK KORİDOR
 AMELİYATHANE GÖRÜNTÜLEME HASTA ODASI
 YOĞUN BAKIM TUVALET/BANYO DİĞER (Belirtiniz.):
.....

DÜŞME ÖNCESİ GENEL DURUMU

DÜŞME SONRASI GENEL DURUMU

DÜŞME SONRASI HASTAYA YAPILAN İŞLEMLER

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.FR.03	01.01.2021	01	04.01.2023	1 / 2



Özel EKOL HASTANESİ
DÜŞEN HASTA OLAY BİLDİRİM FORMU



OLAYIN KONUSU

OLAYIN GELİŞİM SÜRECİ

OLAYA İLİŞKİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLER

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
İO.FR.03	01.01.2021	01	04.01.2023	2 / 2