

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GİZLİLİK TALEBİ VAR MI\*?** EVET HAYIR | | | | | | | Adı Soyadı: Çalıştığı Birim:  (Bu Alanın Doldurulması Gerekli Değil) | | | | | | | |
| GRS Bildirim Adresi: <http://grs.saglik.gov.tr/> | | | | | | |  |  | Bildirim yapıldı | | | |  | Bildirim yapılmadı |
| **OLAYIN TÜRÜ** | | | Gerçekleşen Olay | | Ramak Kala Olay | | | | | İstenmeyen Olay | Hukuka Yansımış İstenmeyen Olay | | | |
| **BİLDİRİMİ YAPAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** | **OLAY KİMLE İLGİLİ** | | | | | | | | | | | | | |
| **Hasta Güvenliği** | | | | | | | | | |  | **Çalışan Güvenliği** | | |
| **OLAYIN KONUSU** | Radyasyon Güvenliği | | | | Hasta Bilgilendirme ve Rıza Alınması | | | | | Kesici-Delici Alet Yaralanması | | |
| Bilgi Güvenliği | | | | Risk Değerlendirme Skorlarının Kullanımı | | | | | Kan ve Vücut Sıvı Sıçramaları | | |
| Diğer:………………………………………………………………… | | | | |
| Tesis Güvenliği | | | | **Laboratuvar Hataları** | | | | | Düşme | | |
| Hasta Mahremiyeti | | | | Radyasyon Güvenliği | | |
| Transfüzyon Güvenliği | | | | **Cerrahi Hatalar** | | | | | Bilgi Güvenliği | | |
| Güvenli Hasta Teslimi | | | | Tesis Güvenliği | | |
| Enfeksiyonların Önlenmesi | | | | **İlaç Hataları** | | | | | Adli Olaylar | | |
| Hasta Kimliklendirmesi | | | | Tıbbi Cihaz ve Malzeme Güvenliği | | |
| Hasta Transferi | | | | Hata sınıflandırma bildirimlerinde ayrıca hata sınıflandırma formlarının da doldurulması gerekmektedir. | | | | | Enfeksiyonların Önlenmesi | | |
| Düşme | | | | Ergonomik Çalışma Ortamı | | |
| Tıbbi Cihaz Malzeme Güvenliği | | | |
| Diğer:…………………………………………………….  …………………………………………………………………… | | |
| **Olayın Gerçekleştiği Yer\*:** | | | | | | | | | | | | | |
| **Olayın Gerçekleştiği Zaman Aralığı\*:** | | | | | | | | | | | | | |
| **Olayın Anlatılması\*:** | | | | | | | | | | | | | |
| **Olaya İlişkin Varsa Görüş ve Öneriler:**  (İyileştirme çalışmalrında öneri ve görüşleriniz dikkate alınacağından lütfen belirtiniz.) | | | | | | | | | | | | | |
| **Bildirim Sisteminde Temel Kurallar** | | | | 1. Bildirim formunda yer alan (\*) işaretli alanların doldurulması zorunlu olup diğer alanların doldurulması ise ihtiyaridir. 2. Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri kullanılmamalıdır.İsim belirtilmesi durumunda bildirimler değerlendirmeye alınmamaktadır. 3. Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirilmektedir.Kurallara uygun gönderilen bildirimler ilgili komite/ekiplere iletilmektedir. 4. Gizlilik talebi olması durumunda olay sadece ilgili komitede görüşülür.Özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamasında gizlilik ilkesi uygulanır. 5. Bu form manuel doldurulmuşsa doldurulduktan sonra Kalite Yönetim Birimine gönderilmelidir. | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BİLDİRİM FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ** | **Kalite Yönetim Birimi tarafından doldurulacaktır.** | **İ.O. SIRA NO:** | **HSS ise HATA TÜRÜ: HSS KODU:** | | | | | | |
| Değerlendirmeye alındı.  Değerlendirmeye alınmadı. | | | | | | | |
| Hukuka Yansıyan Olay | | * Ramak Kala | | | * Gerçekleşen Olay | | İstenmeyen Olay |
| **YAPILACAK/ PLANLANAN FAALİYET/LER** | | | | | | | |
| Düzeltici Faaliyet | | | Önleyici Faaliyet | | | Diğer: | |
| Açıklama: | | | | | | | |
| Değerlendiren Adı-Soyadı/İmza  ……../……./…………. | | | | Kontrol Eden Adı-Soyadı/İmza  ……../……./…………. | | | Onaylayan Adı-Soyadı/İmza  ……../……./…………. |