|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bildirim Konusu** | | | | |
|  |  | Laboratuvar Güvenliği | | |
|  |  | Hasta Güvenliği |  |  |
|  |  | Çalışan Güvenliği |  |  |
|  |  | İlaç Güvenliği |  |  |
|  |  | Cerrahi Güvenlik |  |  |
|  |  | Diğer |  |  |
| **Olayın gerçekleştirdiği yer:** | | | | |
| **Olayın gerçekleştirdiği zaman aralığı:** | | | | |
| **Olayı Anlatınız** | | |  | |
| **Varsa Görüş ve Önerilerinizi Yazınız** | | |  | |
| **Kalite Yönetim Direktörü tarafından doldurulacaktır.** | | | | |
|  |  | Değerlendirmeye alındı. | | Kalite Yönetim Direktörü  ..../..../20....  Onay |
|  |  | Değerlendirmeye alınmadı. | |
| **Hasta Güvenliği Komitesi ve/veya Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından doldurulacaktır.** | | | | |
| **Yapılacak/Planlanan Faaliyet** | | | | |
|  |  | Düzeltici Faaliyet | Önleyici Faaliyet | Diğer... |
| **Açıklama:** | | | | **..../..../20....**  **Onay** |

|  |
| --- |
| **NOT** |
| Olayın Gerçekleştiği Bölüm, Birim İsmi, Olayın Olduğu Tarih, Saat, Personel ve Hasta İsmi Olan Formlar Dikkate  Alınmayacaktır. |
| Yaptığınız olay bildirimi kurumsal sistemimizdeki aksaklıkları tespit edip düzeltilmesi için yol gösterici olacak ve  Hasta Güvenliği Komitesi ve/veya Çalışan Güvenliği Komitesi'nde görüşülecektir. |
| Hasta ismi belirtilmeyerek sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer verilmelidir. |
| Bildirim süreci, çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde Dilek/Öneri/Şikayet kutularına atılabilir. |
| Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetimi Direktörü tarafından değerlendirilir. |
| Kalite Yönetimi Direktörü kurallara uygun gönderilen bildirim formlarını, Hasta Güvenliği Komitesine ve/veya  Çalışan Güvenliği Komitesine iletilir. |
| Olay, bildirimi yapanın kendi cümleleri ile anlatılmalıdır. |