|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | ( ) Enfeksiyonların 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. | | | | | ( ) 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 alınmad : ( ) | | | | | | | |
| 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  ……../……./… |