|  |  |
| --- | --- |
| **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……../……./… |