



## DÜ ME OLAY B LD R M FORMU

Doküman Kodu	HB. FR.002
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	1/1

Bildirim Tarihi:		
Hastanın;		
Adı - Soyadı		
Ya ı		
Cinsiyeti	Kadın	Erkek
Durumu	Hasta	Hasta yakını Hastane alı anı
Tanısı		
Dü me Tarihi		
Yatan Hasta ise Bölümü		
Dü tü ü yer		
Acil Servis		
Servis / Klinik		
Ameliyathane		
Yo un Bakım		
Poliklinik		
Görüntüleme Birimi		
Ayaktan Tedavi Birimi		
Tuvalet		
Banyo		
Koridor		
Di er		
Tanıksız Dü me Olayı se Belirtilmelidir	Tanıksız dü me olayıdır	Dü menin gerçekle mi olabilece i zaman dilimini belirtiniz:
Dü me Riski Skoru		
Bildirim Yapan Ki inin Mesle i		
Dü me Nedeni *		
Hasta Kaynaklı		
Bakım Kaynaklı		
Tesis Kaynaklı		
Açıklama		
Dü me Riskine Yönelik Alınan Önlemler ( Dü me Öncesi )		
Dü me Öncesi Genel Durumu		
Dü me Sonrası Genel Durumu		

\* Birden fazla dü me nedeni yazılabilir.