



## GÜVENLİK RAPORLAMA BİLDİRİM FORMU



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
İO.FR.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/2

\*Bu form doldurulduktan sonra Kalite Yönetim Birimi'ne teslim edilecektir.

\*Düşme olaylarında;ayrıca“HBYS’ den Düşme Olayı Bildirimini”;iş kazalarında ise ayrıca “İş Kazası ve Meslek Hastalığı Bildirim Formu”nu doldurunuz.

\*Bu formun doldurulmasında gizlilik esas olup;hasta-çalışan adı,bölüm,tarih vb. bilgilere yer verilmemelidir.

### Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır.

Gizlilik talebi var mı?  Evet  Hayır  
(“Evet” işaretlenmesi durumunda raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanacaktır.)

Olayın meydana gelme şekli:  Ramak Kala Olay  Gerçekleşen Olay

Olayın Türü:  Hasta Güvenliği  Çalışan Güvenliği

#### HASTAGÜVENLİĞİ

- Transfüzyon Güvenliği
- Tıbbi Kayıtlar
- Doğru Kimliklendirme
- Tesis Güvenliği
- Tıbbi Cihaz- Malzeme Güvenliği
- Tüm Cerrahi Güvenlik Hataları(CHSS<sup>TR</sup>)
- Tüm İlaç Hataları(iHSS<sup>TR</sup>)

**NOT:**(Cerrahi güvenlik,ilaç ve laboratuvar hatalarında arka sayfada yer alan kodları işaretleyiniz.)

#### ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

- Kesici-delici alet yaralanmaları
- Kan ve vücut sıvıları ile temas
- Tesis güvenliği ile ilgili kazalar
- Çalışana yönelik şiddet/taciz
- Diğer

#### 1.Olayı Anlatınız:

#### 2.Olayla İlgili Görüş ve Öneriler:

\*Aşağıdaki bölüm yalnızca;“Cerrahi Güvenlik,İlaç ve Laboratuar Hataları” için doldurulacaktır.

Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır.		
<b>Hatanın Gerçekleştiği Yer</b>		<b>Hata Zamanı</b>
<b>CERRAHİ GÜVENLİK HATALARI</b>	<b>İLAÇ HATALARI</b>	<input type="checkbox"/> 00:00–04:00(Z1)
<input type="checkbox"/> Poliklinik(CPL)	<input type="checkbox"/> Acil poliklinik (HAS)	<input type="checkbox"/> 04:00–08:00(Z2)
<input type="checkbox"/> Ameliyathane Klinik/Branş(CBA)	<input type="checkbox"/> Poliklinik(HPL)	<input type="checkbox"/> 08:00–12:00(Z3)
<input type="checkbox"/> Ameliyathane Merkez(CMA)	<input type="checkbox"/> Ameliyathane(HAY)	<input type="checkbox"/> 12:00–16:00(Z4)
<input type="checkbox"/> Diğer Alanlar(CDA)	<input type="checkbox"/> Diğer Alanlar(HDA)	<input type="checkbox"/> 16:00–20:00(Z5)
<input type="checkbox"/> Acil poliklinik(CAS)		<input type="checkbox"/> 20:00–23:59(Z6)
<input type="checkbox"/> Ameliyathane Acil(CCA)		<input type="checkbox"/> Bilinmiyor(Z0)

Olay Bildirimi Yapan Tarafından Doldurulacaktır.	
<b>Olayın Konusu/Tipi:CERRAHİ HATALAR</b>	
<b>Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı(C1)</b>	<input type="checkbox"/> Kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi(kk)
<input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmemesi (di)	<input type="checkbox"/> İhtiyaç duyulabilecek görüntüleme cihazlarının kontrol edilmemesi(gc)
<input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi (ik)	<input type="checkbox"/> Anestezi risklerinin değerlendirilmemesi(hd)
<input type="checkbox"/> Pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi (ac)	<b>Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller(C5)</b>
<input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması (tr)	<input type="checkbox"/> Hasta kimliği,ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması(kd)
<input type="checkbox"/> Makyaj,protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi	<input type="checkbox"/> Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması(et)
<input type="checkbox"/> Ameliyat öncesi özel işlemin (lavman uygulaması vb.)atlanması(oi)	<input type="checkbox"/> Cerrahikaynaklıgerçekleşebilecekkritikolaylarındeğerlendirilmemesi (kc)
<input type="checkbox"/> Ameliyat için gerekli malzeme,kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması (mk)	<input type="checkbox"/> Anestezikaynaklıgerçekleşebilecekkritikolaylarındeğerlendirilmemesi (ka)
<input type="checkbox"/> Tetkik ve tahlillerin hasta yanında olduğunun kontrol edilmemesi	<input type="checkbox"/> Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi(sk)
<input type="checkbox"/> Hasta rızasının(onam)alınmaması(oa)	<input type="checkbox"/> Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması(cp)
<input type="checkbox"/> Hasta rızasının(onam)kontrol edilmemesi (ok)	<input type="checkbox"/> Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi (ks)
<b>Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü(C2)</b>	<input type="checkbox"/> Anti koagülan kullanımının sorgulanmaması(ko)
<input type="checkbox"/> Hasta kimliği,ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması(kd)	<input type="checkbox"/> Gerekli DVT-Profilaksisinin uygulanmaması(vp)
<input type="checkbox"/> Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi(te)	<b>Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller(C6)</b>
<input type="checkbox"/> Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi (ta)	<input type="checkbox"/> Kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması(ku)
<input type="checkbox"/> Teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi(ti)	<input type="checkbox"/> Frozen gerektiği durumunda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi(pf)
<b>Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı (C3)</b>	<b>Ameliyat Sonu Kontrolleri(C7)</b>
<input type="checkbox"/> Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması(at)	<input type="checkbox"/> Hasta kimliği,ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması(gi)
<input type="checkbox"/> Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi (ak)	<input type="checkbox"/> Kullanılan alet,spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi/unutulması(ta)
<input type="checkbox"/> Kalibrasyon/bakım eksikliğinden kaynaklanan ekipman arızası(ck)	<input type="checkbox"/> Alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi(pe)
<input type="checkbox"/> Prizlerin kesintisiz güçkaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi(gk)	<input type="checkbox"/> Olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi (cg)
<input type="checkbox"/> Partikül ölçümlerinin yapılmaması/kontrol edilmemesi(pk)	<input type="checkbox"/> Olası anestezi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi(ag)
<input type="checkbox"/> Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/kontrol edilmemesi(sn)	<input type="checkbox"/> Post-op hastanın transferedileceği bölümün belirtilmemesi (gy)
<input type="checkbox"/> Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi(tg)	<b>Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi(C8)</b>
<b>Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller(C4)</b>	<input type="checkbox"/> Cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık Personeline iletilmemesi(gb)
<input type="checkbox"/> Hasta kimliği,ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması(kd)	<input type="checkbox"/> Hasta kimliği,cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması(kd)
<input type="checkbox"/> Hasta rızasının kontrol edilmemesi (ok)	<input type="checkbox"/> Hastanınsağlıkçalışanına teslim edilmemesi (ta)
<input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesinin/tarafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi (ik)	<input type="checkbox"/> Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi(ts)
<input type="checkbox"/> Pulse Oksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/kontrol edilmemesi(po)	<b>Diğer(C9)</b>
<input type="checkbox"/> Alerji durumunun değerlendirilmemesi (ad)	<input type="checkbox"/> Diğerhatalar(dg) Belirtiniz..... ..... .....