

	ÇANAKKALE ON SEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ OLAY BİLDİRİM FORMU	Doküman No:	
		İlk Yayın Tarihi:	
		Revizyon Tarihi:	
		Revizyon No:	
		Sayfa:	

ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER

Öğrenci Ad-Soyad:
Öğrenci No:
Öğrenci Telefon No:
Öğrenci e-mail:
Dersin Adı:
Klinik Uygulama Alanı:

OLAY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Olayın meydana geldiği tarih ve saat:
Olayın meydana geldiği yer:
Olay anında yapılan iş:
Olaya sebebiyet veren durum:

- Heyecan
- Acele etme
- Alet, cihaz vb. ile problem yaşama
- Bilgi eksikliği
- Dikkati dağıtan faktörler (Hastanın/Hasta yakınının tepkisi)

Yaralanma var mı? :

- Var
- Yok

Yaranın yeri ve türü:

- Açık yara
- Kapalı yara

Olaya şahitlik eden kişi/kişiler:

- Var
- Yok

Var ise; şahidin kazayı değerlendirmesi:

ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ

Tarih ve saat:

Öğrenciye tedavi yapıldı mı?

- Evet
- Hayır

Öğrenciden tetkik istendi mi?

- Evet (*Tetkikler:)
- Hayır

Öğrencinin takibi gerekli mi?

- Evet (Sıklık: /gün/hafta/ay/yıl)
- Hayır

Çalışan Sağlığı Birimi Görevlisi Unvan, Ad Soyad: İmza:

KLİNİK UYGULAMA SORUMLUSU İLE İLGİLİ BİLGİLER

Ad-Soyad:

Klinik uygulama alanı:

Öğrencinin medikal tedaviyi kabulü:

Evet

Hayır

Evet ise tedaviyi yapan birim:

Tedavi süresi:

Hayır ise öğrencinin tedaviyi reddetme sebebi:

Tarih:

Öğrenci imza:

Tarih:

Uygulama sorumlusu imza:

*Öğrenci, tetkik ve takip sürecindeki tüm laboratuvar sonuçlarını Risk Değerlendirme Komisyonu'na vermek ile yükümlüdür.