



KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
DERS UYGULAMALARI HASTANE OLAY BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin		Olayın Meydana Geldiği:	
Adı ve Soyadı:		Tarih:	Saat:
Sınıfı:	Hastane İsmi:		
Uygulama Adı:			
Akademik Dönem:/..... (Güz/Bahar)		Klinik İsmi:	
MEYDANA GELEN OLAY			
☐ Yanlış İlaç Hazırlama ☐ Yanlış İlaç Uygulama ☐ Yanlış Hastaya İlaç Uygulama ☐ Yanlış Dozda İlaç Uygulama ☐ Yanlış Veriliş Yoluyla İlaç Uygulama ☐ Delici/Kesici Alet Yaralanması ☐ Hasta Düşürme ☐ Pembe Kod ☐ Şiddet ☐ Diğer		Meydana Gelen Olay Hakkında Ayrıntılı Bilgi:	
Meydana Gelen Olaydan Sonra İzlenen Süreç:			
		Ders Hocasının Unvan Ad-Soyadı:	
		İmza :	
		Tarih:	

*Delici kesici alet yaralanması sonrası öğrenci yapılan tetkik sonuçlar ve süreç hakkında dersin hocasına bildirmelidir.

**Olumsuz olay meydana geldikten sonra bu form doldurulup 48 saat içerisinde EBYS üzerinden bölüm başkanlığına bildirilmelidir.