



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği

BEYAZ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

Dok. Kod: KU.FR.01

Revizyon Tarihi:21.10.2015

Revizyon No:04

Revizyon Tarihi:16.06.2021

Sayfa Sayısı:1

OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ BÖLÜM/BİRİM

BÖLÜMÜN ADI:

GERÇEKLEŞTİĞİ YER / TARİH:

ÇAĞRININ YAPILDIĞI ZAMAN:

EKİBİN OLAY YERİNE ULAŞIM ZAMANI:

SAAT:

SAAT:

SORUMLU YÖNETİCİNİN OLAY YERİNE ULAŞMA SAATI:

OLAY ANINDA YAPILAN İŞ:

OLAYIN BAŞLAMA NEDENİ, OLUŞ ŞEKLİ:

MARUZ KALINAN ŞİDDET ŞEKLİ

SÖZEL ŞİDDET

FİZİKİ ŞİDDET

OLAYDA KULLANILAN NESNE

NESNE VAR

NESNE YOK

VARSA ADI:

OLAYDA ÇEVREDE OLUŞAN OLUMSUZLUKLAR

VAR

YOK

VARSA ADI:

OLAYA MARUZ KALAN KİŞİ/KİŞİLER

ADI-SOYADI :

YAŞI :

TC NUMARASI :

CİNSİYETİ :

MESLEĞİ :

TELEFON :

E-POSTA ADRESİ:

(Birden fazla kişi var ise kağıdın arka yüzüne not ediniz)

OLAYA SEBEBİYET VEREN KİŞİ/KİŞİLER

ADI-SOYADI :

YAŞI :

TC NUMARASI :

CİNSİYETİ :

MESLEĞİ :

TELEFON :

(Birden fazla kişi var ise kağıdın arka yüzüne not ediniz)

OLAYA TANIK OLAN KİŞİ/KİŞİLER

ADI-SOYADI :

YAŞI :

TC NUMARASI :

CİNSİYETİ :

MESLEĞİ :

TELEFON :

(Birden fazla kişi var ise kağıdın arka yüzüne not ediniz)

OLAYIN SONUCU

HASTANE MÜDÜRÜ
AD-SOYAD:

BAŞHEMŞİRE/SUPERVISÖR HEMŞİRE
AD-SOYAD:

GÜVENLİK MÜDÜRÜ
AD-SOYAD:

İMZA

İMZA:

İMZA: