



## Düşen Hasta Oranı Veri Toplama Formu



Hastane Adı										
Ay ve Yıl										
SIRA NO	Adı Soyadı	Yaşı	Cinsiyeti	Tanısı	Yattığı Bölüm	Düştüğü Yer	Düşme Riski Skoru	Düşme Nedeni*	Düşme Öncesi Genel Durumu	Düşme Sonrası Genel Durumu
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

\*Birden fazla düşme nedeni girilebilir