



Düşme Olayı Bildirim Formu



Hastane Adı:	
Bildirim Tarihi:	
Hastanın:	
Adı Soyadı	
Yaşı	
Cinsiyeti	
Tanısı	
Düşme Tarihi	
Yattığı Bölüm	
	Nöroloji
	Kardiyoloji
	FTR
	Ortopedi
	Genel Cerrahi
	Dahiliye
	Beyin Cerrahisi
	Kalp Damar cerrahisi
	Göğüs Hastalıkları

Düştüğü Yer	
	Servis/Klinik
	Ameliyathane
	Yoğun Bakım
	Poliklinik
	Görüntüleme
	Ayaktan Tedavi
	Tuvalet
	Banyo
	Koridor

	Diğer
Düşme Riski Skoru	
Bildirimi Yapan Kişinin Mesleği	
Düşme Nedeni*	
Düşme Riskine Yönelik Alınan Önlemler (Düşme Öncesi)	
Düşme Öncesi Genel Durumu	
Düşme Sonrası Genel Durumu	

*Birden fazla düşme nedeni yazılabilir.