

 ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ	<b>ANTALYA BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ</b>			
	<b>OLAY BİLDİRİM FORMU</b>			

<b><u>ÖĞRENCİYE AİT BİLGİLER</u></b>	
Öğrenci Ad-Soyad:	
Öğrenci No:	
Öğrenci Telefon No:	
Öğrenci e-mail:	
Dersin Adı:	
Klinik Uygulama Alanı:	
<b><u>OLAY İLE İLGİLİ BİLGİLER</u></b>	
Olayın meydana geldiği tarih ve saat:	
Olayın meydana geldiği yer:	
Olay anında yapılan iş:	
Olaya sebebiyet veren durum: <input type="checkbox"/> Heyecan <input type="checkbox"/> Acele etme <input type="checkbox"/> Alet, cihaz vb. ile problem yaşama <input type="checkbox"/> Bilgi eksikliği <input type="checkbox"/> Dikkati dağıtan faktörler (Hastanın/Hasta yakınının tepkisi)	
Yaralanma var mı? : <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	
Yaranın yeri ve türü: ..... <input type="checkbox"/> Açık yara <input type="checkbox"/> Kapalı yara	
Olaya şahitlik eden kişi/kişiler: <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok Var ise; şahidin kazayı değerlendirmesi:	

<b>ÇALIŞAN SAĞLIĞI BİRİMİ</b>		
Tarih ve saat:		
Öğrenciye tedavi yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	Öğrenciden tetkik istendi mi? <input type="checkbox"/> Evet (*Tetkikler:    ) <input type="checkbox"/> Hayır	Öğrencinin takibi gerekli mi? <input type="checkbox"/> Evet (Sıklık:    /gün/hafta/ay/yıl) <input type="checkbox"/> Hayır
Çalışan Sağlığı Birimi Görevlisi	Unvan, Ad Soyad:	İmza:

<b><u>KLİNİK UYGULAMA SORUMLUSU İLE İLGİLİ BİLGİLER</u></b>	
Ad-Soyad:	
Klinik uygulama alanı:	
Öğrencinin medikal tedaviyi kabulü: <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> 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.