



MAVİ KOD OLAYI BİLDİRİM FORMU

Doküman No:	YÖN.FR.13
Yayın Tarihi:	10.11.2012
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

HASTA BİLGİLERİ

ADI-SOYADI:	
DOĞUM TARİHİ:	
TEŞHİS/TANI:	
PRİMER DOKTORU:	

ÇAĞRI BİLGİLERİ

ÇAĞRIYI YAPAN KİŞİ:		
ÇAĞRI ZAMANI:	TARİH:...../...../.....	SAAT:..... :

UYGULAMA BİLGİLERİ

YAPILAN İŞLEM:	
MÜDAHALE YERİ:	

EKİP BİLGİLERİ

EKİP ÜYESİ	ADI SOYADI	OLAY YERİNE GELME		İMZA
		SAATİ	SÜRESİ	
ANESTEZİ UZMANI				
DAHİLİYE UZMANI				
ANESTEZİ TEKNİSYENİ				
BİRİM HEMŞİRESİ				
ACİL SERVİS SORUMLU HEMŞİRESİ				
YARDIMCI PERSONEL				

MÜDAHALENİN SONUCU:	
---------------------	--

FORMU DOLDURANIN

ADI Soyadı:

İmza: