



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

MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

Dok. Kod: KU.FR.06

Revizyon Tarihi:03.06.2016

Revizyon No:04

Revizyon Tarihi:12.04.2022

Sayfa Sayısı:1

MÜDAHALE YAPILAN KİŞİNİN

ADI-SOYADI:

TC NUMARASI:

TARİH:

YAPILAN UYGULAMA

.....
.....
.....
.....
.....

MÜDAHALENİN YERİ

.....

ÇAĞRININ YAPILDIĞI ZAMAN

SAAT:.....

EKİBİN OLAY YERİNE ULAŞIM ZAMANI

SAAT:.....

MAVİ KOD UYGUNLUĞU:

UYGUN:

UYGUN DEĞİL:

YAPILAN MÜDAHALENİN SONUCU

DOKTOR

AD-SOYAD:

İMZA:

HEMŞİRE /TEKNİSYEN

AD-SOYAD:

İMZA: