



MAVİ KOD
OLAY BİLDİRİM FORMU

Doküman No	KAD.FR.02
Yayın Tarihi	24.04.2018
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	1/1

HASTA

Adı Soyadı
T.C Kimlik No
Primer Hastalığı

OLAY

Olay Yeri
Olay Tarihi
Olay Çağrı Saati
Olay Müdahale Saati
Uygunsuz Çağrı
Çağrı Nedeni

EVET **HAYIR**

MÜDAHALE

KPR Uygulandı
KPR Başlangıç Saati
KPR Bitiş Saati
KPR Ekibi
Acil Servise Taşındı
Defibrilasyon(sefer /jul)
Uygulanan İlaçlar Dozları

EVET **HAYIR**

EVET **HAYIR**

SONUÇ

Acil Servise Nakledildi
Sorunlar / Notlar
Formu Dolduran
Adı Soyadı
İmza
Mavi Kod Ekip Lideri
Adı Soyadı
İmza

EVET **HAYIR**