



Özel **EKOL HASTANESİ**
MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU



MÜDAHALE EDİLEN KİŞİNİN

ADI SOYADI :
CİNSİYET :
T.C. KİMLİK NO :
PROTOKOL NO :
DOĞUM YERİ :
DOĞUM TARİHİ :
TANISI :
PRİMER HEKİMİ :

Yatan hasta ise hastaya ait barkod yapıştırınız.

ÇAĞRI BİLGİLERİ

ÇAĞRININ YAPILDIĞI TARİH :/...../20.....
ÇAĞRININ YAPILDIĞI SAAT :
MÜDAHALE YERİ :
EKİBİN ULAŞMA ZAMANI :
MÜDAHALENİN BİTTİĞİ SAAT :
MESAI İÇİ :
MESAI DIŞI :

YAPILAN UYGULAMA

MÜDAHALE SONUCU

MAVİ KOD EKİBİ

EKİP ÜYESİ	ADI SOYADI	OLAY YERİNE GELME		İMZA
		SAATİ	SÜRESİ (dk)	
Uzman Doktor				
1. Sağlık Çalışanı				
2. Sağlık Çalışanı				
3. Sağlık Çalışanı				
Transfer Sorumlusu				
Personel				

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
AD.FR.02	01.01.2021	00	-	1/1