



Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi
Mavi Kod Bildirim Formu

Doküman No	KAD.FR.08
Yayın Tarihi	22.05.2019
Revizyon No	-
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	1/1

HASTA

Adı Soyadı
T.C Kimlik No

OLAY

Olay Yeri
Olay Tarihi
***Olay Çağrı Saati
***Olay Müdahale Saati

MÜDAHALE

KPR Uygulandı	EVET	HAYIR
KPR Başlangıç Saati		
KPR Bitiş Saati		
KPR Ekibi		

Uygulanan İlaçlar Dozları

SONUÇ

Acil Servise Nakledildi	EVET	HAYIR
Formu Dolduran Adı Soyadı İmza		
Mavi Kod Ekip Lideri Adı Soyadı İmza		

***Zorunlu doldurulması gereken alanlar.
Doldurulan form Kalite Yönetim Birimine teslim edilir.