|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi**  **Diş Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi**    **Mavi Kod Bildirim Formu** | | Doküman No | KAD.FR.02 |
| Yayın Tarihi | 03.03.2019 |
| Revizyon No | 20.10.2021 |
| Revizyon Tarihi | 1 |
| 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**  **avi Kod Bildirim Formu** | | |
| KPR Başlangıç Saati  Bitiş saati: |  | | |
| KPR Ekibi |  | | |
| Solunum Yolu Açılması | **Air-Way** **O2 Entübasyon**  **avi Kod Bildirim Formu**  **Kod Bildirim Formu** | | |
| Damar yolu açılması |  | | |
| Nabız:  Tansiyon: | EVET HAYIR | | |
| Uygulanan İlaçlar |  | | |
| **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.**