# MÜDAHALE EDİLEN KİŞİYE AİT BİLGİLER

**Adı**

**Çağrı Yapıldığı Zaman**

**Soyadı**

**Ekibin Olay Yerine Ulaşma Zamanı**

**Müdahalenin Yeri**

**MÜDAHALE EKİBİNDE YER ALANLAR YAPILAN UYGULAMA**

**1.**

**3.**

**2.**

**4.**

**MÜDAHALENİN SONUCU**

Not:Bu form iki nüsha doldurulacaktır. Bir form Kalite Birimine gönderilecektir. Diğeri ilgili birimde hasta dosyasında kalacaktır.

Bildirimde Bulunan Adı Soyadı - İmza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hazırlayan** **Kalite Birimi Sorumlusu** | **Kontrol Eden** **Kalite Yönetim Direktörü** | **Onaylayan** **Dekan**  |
|  |  |  |