|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **TNKÜ**  **AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI**  **UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU** | Doküman No: | EYS-FRM-275 |
| Hazırlama Tarihi: | 05.01.2022 |
| Revizyon Tarihi: | -- |
| Revizyon No: | 0 |
| Toplam Sayfa Sayısı: | 1 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HASTA** | | | |
| Adı Soyadı: |  | | |
| T.C. Kimlik No: |  | | |
| Primer Hastalığı: |  | | |
| **OLAY** | | | |
| Olay Yeri: |  | | |
| Olay Tarihi: |  | | |
| Olay Çağrı Saati: |  | | |
| Olay Müdahale Saati: |  | | |
| Uygunsuz Çağrı: | **EVET** |  | **HAYIR** |
| Çağrı Nedeni: |  | | |
| **MÜDAHALE** | | | |
| KPR Uygulandı: | **EVET** |  | **HAYIR** |
| KPR Başlangıç Saati: |  | | |
| KPR Bitiş Saati: |  | | |
| KPR Ekibi: |  | | |
| Acil Servise Taşındı: | **EVET** |  | **HAYIR** |
| Defibrilasyon (sefer /jul): |  | | |
| Uygulanan İlaçlar ve Dozları: |  | | |
| **SONUÇ** | | | |
| Acil Servise Nakledildi: | **EVET** |  | **HAYIR** |
| Sorunlar / Notlar: |  | | |
| Formu Dolduran  Adı Soyadı  İmza |  | | |
| Mavi Kod Ekip Lideri Adı Soyadı  İmza |  | | |