



SDÜDHF/TBH/FRM/47/YT-26.09.2014/REVNO-00

**MÜDAHALE EDİLEN KİŞİYE AİT BİLGİLER**

Adı

Soyadı

Müdahalenin Yeri

Çağrı Yapıldığı Zaman

Ekibin Olay Yerine Ulaşma Zamanı

**MÜDAHALE EKİBİNDE YER ALANLAR**

1.

2.

3.

4.

**YAPILAN UYGULAMA**

**MÜDAHALENİN SONUCU**

Empty box for reporting the result of the intervention.

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

Bildirimde Bulunan Adı Soyadı - İmza

Empty box for signature and name of the reporting person.