|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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 Soyadıİmza |  |
| Mavi Kod Ekip Lideri Adı Soyadıİmza |  |