



MAVİ KOD VAKA KAYIT FORMU

Doküman No : AD.AD.02.05

Yayın Tarihi : 01.01.2014

Rev Tarihi : 14.02.2022

Revizyon No : 03

Mavi Kod Çağrısının Yapıldığı Birim :		Çağrı Saati :	 : /...../202..
Mavi Kod İçin Çağrı Yapan :		Çağrı Yerine Varış Saati :	 : Tatbikat : ☐
Hastanın Adı-Soyadı:		Müdahale Yeri :	
Şikayet:			
Yapılan Müdahaleler			
Müdahale Sonucu			
Müdahale İlgili Notlar			

OLAYA MÜDAHALE EDEN MAVİ KOD EKİBİ

DİŞ HEKİMİ	SAĞLIK ÇALIŞANI	GÜVENLİK GÖREVLİSİ
Ad-Soyad / Imza	Ad-Soyad / Imza	Ad-Soyad / Imza

Mavi Kod Ekibi Olaya 3 Dakikadan Geç Süre İçerisinde Ulaşmışsa Nedeni

Not: Bu form eksiksiz doldurulup Kalite Birimi'ne teslim edilecektir.