

<b>AD.FR.03</b>	<b>10.11.2017</b>	<b>Revizyon No</b>	<b>Revizyon tarihi</b>	<b>1/1</b>
Hasta/Yakını Adı Soyadı				
T.C No:				
Yaş/Protokol				
Mavi Kod	Tarih:..../...../.....			
Bölgesi/Noktası				
Çağrı Saati:				Varış Saati:
Uygunsuz Çağrı	( ) Evet ( ) Hayır			
<b>MÜDAHALE</b>				
Müdahale Saati				
Müdahale süresi				
KPR Uygulandı				
KPR Başlangıç Saati				
Defibrilasyon				
Uygulanan İlaçlar				
KPR bitiş saati				
<b>SONUÇ</b>				
<b>Mavi Kod Ekibi:</b>				
1.				
2.				
3.				
4.				
<b>HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ</b>				
Bildirim No:				
Sonuç:				
Karar				

Formu Dolduran Adı Soyadı

İmza

**NOT: BU FORM EKSİKSİZ DOLDURULUP KALİTE BİRİMİ'NE TESLİM EDİLECEKTİR.**