

İSTENMEYEN OLAY DOĞRULAMA FORMU

Kan Hizmet Biriminin Adı			
Olay tanımı			
İstenmeyen Olay Tarihi .. / .. /	İstenmeyen Olay Bildirim Tarihi .. / .. /	İstenmeyen Olay Doğrulama Tarihi .. / .. /	
İstenmeyen Olay <input type="checkbox"/> Doğrulandı <input type="checkbox"/> Doğrulanmadı (açıklayınız): <input type="checkbox"/> Değişti (açıklayınız):			
KÖK NEDEN ANALİZİ			
<input type="checkbox"/> Materyal / Malzeme kusuru	<input type="checkbox"/> Cihaz arızası	<input type="checkbox"/> İnsan Hatası	<input type="checkbox"/> Diğer (açıklayınız)
Açıklayınız:			
DÜZELTİCİ/ÖNLEYİCİ FAALİYETLER			
Açıklayınız:			
BİLDİRİMİ YAPAN/LAR			
Unvan	Ad, Soyad	İmza	