

MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

MÜDAHALE EDİLEN KİŞİYE AİT BİLGİLER		
Adı Soyadı		T.C No:
Yaş/Protokol		
Mavi Kod	Tarih:...../...../.....	
Müdahale Yeri/Noktası		
Çağrının Yapıldığı Zaman :	Ekibin Müdahale Yerine Ulaşma Zamanı:	
Uygunsuz Çağrı	() Evet () Hayır	
YAPILAN UYGULAMA		
Müdahale Saati		Müdahale süresi
KPR Uygulandı		
KPR Başlangıç Saati		
Defibrilasyon		
Uygulanan İlaçlar		
KPR bitiş saati		
MÜDAHALENİN SONUCU		
MÜDAHALE EKİBİNDE YER ALANLARIN BİLGİLERİ		
1.		
2.		
3.		
4.		
HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ		
Bildirim No:		
Sonuç:		
Karar		

Formu Dolduran Adı Soyadı

İmza

NOT: FORM BİR NÜSHASI HASTA DOSYASINDA, BİR NÜSHASI KALİTE BİRİMİNDE MUHAFA EDİLİR.