

|   |   |                        |                   |
|---|---|------------------------|-------------------|
|  | <b>T.C.</b><br><b>BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ</b><br><b>AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ</b> | <b>Doküman No</b>      | <b>K.AD.FR.01</b> |
|   |   | <b>Yürürlük Tarihi</b> | <b>19.06.2023</b> |
|   | <b>MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU</b>   | <b>Revizyon Tarih</b>  | <b>00</b>         |
|   |   | <b>Revizyon No</b>     | <b>00</b>         |
|   |   | <b>Sayfa No</b>        | <b>1 / 1</b>      |

|  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
|--|-----------------------|---------------|-------------|----------------------|----------------|-----------------|-------------|-----------|
| <b>MÜDAHALE EDİLEN KİŞİYE AİT BİLGİLER</b>                           | <b>Adı Soyadı</b>     |               |             |                      |                |                 |             |           |
|  | <b>T.C. Kimlik No</b> |               |             |                      |                |                 |             |           |
|  | <b>Cinsiyeti</b>      |               |             |                      |                |                 |             |           |
|  | <b>Yaşı</b>           |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>VİTAL BULGULARI</b>   | <b>Saat</b>           | <b>Bilinç</b> | <b>Ateş</b> | <b>Nabız</b>         | <b>Solunum</b> | <b>Tansiyon</b> | <b>SPO2</b> | <b>KŞ</b> |
|  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
|  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
|  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>TEŞHİS</b>  |                       |               |             | <b>DOKTOR/ İMZA:</b> |                |                 |             |           |
| <b>YAPILAN MÜDAHALE</b>  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>UYGULANAN TEDAVİ</b>  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>MÜDAHALE YERİ</b>   |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>ÇAĞRININ YAPILDIĞI ZAMAN /SAAT/ TARİH</b>                         |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>EKİBİN OLAY YERİNE ULAŞMA SAATİ</b>                               |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>MÜDAHALENİN BİTTİĞİ SAAT</b>                                      |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>MÜDAHALENİN SONUCU</b>  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>MÜDAHALE EKİBİNDE YER ALANLARIN BİLGİLERİ (ADI-SOYADI-UNVANI)</b> |                       |               |             |                      |                | <b>İMZA</b>     |             |           |
|  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
|  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |
| <b>FORMU DOLDURAN</b>  |                       |               |             |                      |                |                 |             |           |

\*Doldurulan Mavi Kod Olay Bildirim Formu Kalite Birimine Teslim Edilecektir.