



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON HİZMETLERİ
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 <input type="checkbox"/> Değişti (açıklayınız).....				
KÖK NEDEN ANALİZİ						
<input type="checkbox"/> Materyal	<input type="checkbox"/> Ekipman	<input type="checkbox"/> Personel	<input type="checkbox"/> Altyapı	<input type="checkbox"/> Süreç	<input type="checkbox"/> Yönetim	<input type="checkbox"/> Diğer
Açıklayınız:						
DÜZELTİCİ/ÖNLEYİCİ FAALİYETLER						
Açıklayınız:						
BİLDİRİMİ YAPAN/LAR						
Unvan	Ad, Soyad			İmza		