

KODU:KAD.FR.01

YAYIN TARİHİ:01.01.2015

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA 1 / 1

Mavi Kod Çağrısının Yapıldığı Birim :		Çağrı Saati :	..... : ..... /...../ 201..
Mavi Kod İçin Çağrı Yapan :		Çağrı Yerine Varış Saati :	..... : .....
Hastanın Adı:			
Şikayet:			
Mavi Kod Ekibinin Müdahalesi			
Müdahale Sonucu			
Müdahale İlgili Notlar			
MAVİ KOD EKİP DOKTORU	SAĞLIK PERSONELİ	TEMİZLİK/GÜVENLİK P.	
Ad-Soyad / İmza	Ad-Soyad / İmza	Ad-Soyad / İmza	
OLAYA MÜDAHALE EDEN MAVİ KOD EKİBİ			

**Hazırlayan :**  
**Kalite Yönetim Direktörü****Onaylayan:**  
**Başhekim**

KODU:KAD.FR.01

YAYIN TARİHİ:01.01.2015

REVİZYON NO:00

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA 2 / 1

**Hazırlayan :**  
**Kalite Yönetim Direktörü**

**Onaylayan:**  
**Başhekim**