

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ BEYAZ KOD UYGULAMA FORMU	Doküman No	AD.FR.04
		Yürürlüğe Gir.Tar.	03.08.2018
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	02.01.2019
		Sayfa No	Sayfa 1/1

OLAYIN OLDUĞU TARİH / SAAT			
OLAYIN OLDUĞU YER			
OLAY ANINDA YAPILAN İŞ			
OLAYIN BAŞLAMA NEDENİ			
OLAYIN OLUŞ ŞEKLİ			
OLAYDA VARSA KULLANILAN NESNE			
OLAYDA ÇEVREDE OLUŞAN OLUMSUZLUKLAR			
OLAYA KARIŞANLARIN ADI-SOYADI	YAŞI	CİNSİYETİ	KİŞİSEL BİLGİLERİ
1.Kişi			
2.Kişi			
3.Kişi			
4.Kişi			
OLAYI GÖRENLERİN ADI-SOYADI	ÜNVANI	İLETİŞİM BİLGİLERİ	
1.Kişi			
2.Kişi			
3.Kişi			
4.Kişi			

FORMU DOLDURANIN
ADI-SOYADI
İMZASI

BAŞHEMŞİRE
ADI-SOYADI
İMZASI

HASTANE MÜDÜRÜ
ADI-SOYADI
İMZASI

* Beyaz Kod Uygulaması ile ilgili detaylar için lütfen “(TL/...)Beyaz Kod Talimatı”na bakınız...

* Doldurulan bu formu **“KALİTE BİRİMİ”**ne iletiniz...

* KALİTE BİRİM’İ tarafından bu form teslim edildi.